

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

128
No

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Madeleine BEAUD

Interne des Hôpitaux
Hôtel-Dieu, NANTES (Loire-Inférieure)

Née, le 13 Septembre 1913, à Cerisay (Deux-Sèvres)

10 JUN 1941

Contribution à l'étude des Kystes non hydatiques du Grand Epiploon

Président : M. H. MONDOR

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS - VI^e

1941



THÈSE

Nom du candidat : **BEAUD**Prénoms : **Madeleine**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Date de la Soutenance :
(Diplôme d'État)

Numéro d'ordre : PRÉSENTÉE PAR

Madeleine BEAUDInterne des Hôpitaux
Hôtel-Dieu, NANTES (Loire-Inférieure)Née, le 13 Septembre 1913, à 2^e risay (Deux-Sèvres)

1

BEAUD, Madeleine.Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941,
in-8°, 120 pages.*Thèse de médecine (Etat)*
Paris (1941, N°).**BEAUD, Madeleine.**Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941,
in-8°, 120 pages.*Thèse de médecine (Etat)*
Paris (1941, N°).

Président : M. H. MONDOR

3

BEAUD, Madeleine.Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941,
in-8°, 120 pages.*Thèse de médecine (Etat)*
Paris (1941, N°).

4

BEAUD, Madeleine.Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941,
in-8°, 120 pages.*Thèse de médecine (Etat)*
Paris (1941, N°).

1941

Nom du candidat : **BEAUD**

Prénoms : **Madeline**

Date de la Soutenance :

Numéro d'ordre :

1

BEAUD, Madeline.

Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941.
in-8°, 120 pages.

Thèse de médecine (État)
Paris (1941) No .

2

BEAUD, Madeline.

Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941.
in-8°, 120 pages.

Thèse de médecine (État)
Paris (1941) No .

3

BEAUD, Madeline.

Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941.
in-8°, 120 pages.

Thèse de médecine (État)
Paris (1941) No .

4

BEAUD, Madeline.

Contribution à l'étude des kystes
non hydatiques du grand Epiploon.
Paris, Vigot frères, éditeurs, 1941.
in-8°, 120 pages.

Thèse de médecine (État)
Paris (1941) No .

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Madeleine BEAUD

Interne des Hôpitaux

Hôtel-Dieu, NANTES (Loire-Inférieure)

Née, le 13 Septembre 1913, à Cerisay (Deux-Sèvres)

Contribution à l'étude des Kystes
non hydatiques
du Grand Epiploon

Président : M. H. MONDOR

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS - VI^e

1941

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*en témoignage de ma profonde affection,
en remerciement de tout ce qu'il a fait pour moi.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,*

Témoignage de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-URBAIN MONNIER

Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Ancien chef de clinique de l'Ecole de médecine de Nantes.

*qui nous a guidé de ses conseils,
Témoignage de ma profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRELET

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD

MESSIEURS LES PROFESSEURS GUSTAVE ET YVES BUREAU

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MEIGNEN

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAHUAUD

MADAME LE DOCTEUR POUZIN-MALÈGUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI LERAT

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT BUREAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIROIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLON

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR CORMAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR G.-P. SOURDILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BUREAU

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOQUIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

A MES AUTRES MAITRES

MESSIEURS LES DOCTEURS CHARBONNEL, LEGRAND,
EOCHE, DUVAL, VINCENT, COLAS, LE SEACH, RIOU

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE NANTES

Introduction.

Sur le conseil de nos maîtres, nous avons estimé qu'il était intéressant de rechercher dans la littérature les cas de kystes du grand épiploon publiés jusqu'à ce jour. Nous nous sommes progressivement rendu compte que, s'il existait des mémoires et des revues générales sur la question, l'ensemble de ces articles concernait presque uniquement les lymphangiomes. D'autre part, les recherches histologiques récentes ayant insisté sur les types intermédiaires entre les lymphangiomes et les kystes séreux, il était nécessaire de réviser les classifications précédentes, afin de grouper certaines d'entre elles soit sous le nom d'épiploïtes fibro-kystiques, soit sous le nom de dysembryomes. On conçoit que dans ces conditions nous ayons donné surtout une certaine importance aux chapitres traitant de la classification, de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à Monsieur le Professeur Favreul, à Monsieur le Docteur Duverger, qui nous ont inspiré le sujet de ce travail, et à Monsieur le Docteur Monnier qui nous a aidé dans nos recherches.

Définition.

Le grand épiploon peut être le siège de productions kystiques diverses. Nous éliminerons tout d'abord les formations secondaires, généralisations épiploïques d'une tumeur primitive. Nous ne parlerons pas non plus des kystes hydatiques, qui représentent une affection de nature parasitaire, dont la localisation au grand épiploon est, du reste, peu fréquente. Nous avons donc en vue les *formations kystiques non parasitaires intéressant primitivement et électivement le grand épiploon*. Elles sont d'apparences diverses : ou bien il s'agit de kystes véritables, pourvus d'une paroi propre et renfermant un contenu liquide, ou bien on rencontre des néoplasies kystiques, qui présentent également une partie solide, mais où l'élément « kyste » est nettement prépondérant : enfin, on peut trouver des kystes sans paroi propre : il s'agit alors de collections liquides enkystées et limitées par l'écartements des feuillettes du grand épiploon. Un quatrième et dernier groupe est formé par les kystes dermoïdes, d'une extrême rareté, et qui ne présentent pas de caractères spéciaux. Nous nous contentons, pour eux, de rapporter les observations que nous avons pu recueillir.

Parmi les kystes épiploïques, une place importante sera réservée aux lymphangiomes kystiques. On appelle de ce nom, comme le rappelle justement Touzard, une tumeur limitée par une paroi conjonctive, pouvant accessoirement contenir des fibres musculaires lisses et des follicules lymphatiques et tapissées intérieurement d'un revêtement endothélial. Cette définition rappelle celle que Guérain, dans sa thèse, donnait des kystes qu'il réunissait sous le nom d'« endothéliomes ». En réalité, à cette époque, on englobait sous ce nom des éléments disparates, depuis le lymphangiome vrai jusqu'au kyste épithélial et au sarcome kystique. De son côté, Hall englobe sous ce nom tous les kystes « limités par une mince membrane et qui ont une irrigation sanguine déficiente. Ils sont habituellement remplis par un sérum pâle, mais contiennent parfois

un liquide sanglant de couleur plus ou moins sombre ». Cette définition est, il faut le reconnaître, assez vague, car on peut y englober tous les kystes hématiques. Nous préférons nous en tenir aux termes précisés par Touzard dans sa thèse.

En résumé, nous pouvons prendre comme conclusion la phrase suivante, écrite par Montgomery et Wolman : « Le terme kyste se rapporte à une collection localisée de liquide, avec membrane limitante, en dehors de toute précision de nature pathologique ; une expression plus appropriée serait : « kystome », si elle ne suggérait pas à l'esprit une origine tumorale ; la majorité de ceux qui sont rencontrés dans le grand épiploon sont des lymphangiomes kystiques de structure identique à ceux que l'on trouve dans toutes les parties du corps ; la morphologie semble prouver qu'ils proviennent des vaisseaux lymphatiques, plutôt que de nids épithéliaux embryonnaires, de vaisseaux sanguins, ou d'amas lymphatiques dégénérés, comme l'ont supposé différents auteurs. »

Historique.

« La rareté relative des kystes du grand épiploon et les difficultés dont leur diagnostic est entouré expliquent sans doute le peu d'intérêt qu'on a attaché jusqu'à présent à leur étude. En dehors des observations éparses dans la littérature française, ou étrangère, on ne trouve guère de vues d'ensemble qui les concernent. » Ces phrases, extraites de la thèse de Guérain, sont presque encore d'actualité. En effet, à part les travaux de Guérain, Stillmann, Rivé, Touzard, Montgomery et Wolman, il n'existe pas de mémoires détaillés sur la question. Vu le grand nombre d'observations disséminées, nous avons essayé de les grouper schématiquement en deux périodes :

I. *Jusqu'en 1911.* — La première observation est celle de Gairdner, qui, en 1852, à l'autopsie d'une femme adulte morte subitement, trouva un kyste sous le feuillet antérieur du grand épiploon. La première relation clinique est très probablement celle de Simon, datant de 1858, publiée dans les *Bulletins de la Société Anatomique* de Paris. Elle est intéressante parce que « après bien des hésitations et une confusion de la tumeur avec une rétention d'urine, le diagnostic par exclusion de kyste du grand épiploon fut soupçonné » (Bichon). En 1873, Péan avait l'occasion d'enlever chez une femme de 40 ans un kyste hématique du grand épiploon, « offrant une grande analogie avec les kystes sanguins de l'ovaire ». Dans un ouvrage sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, il rappelle l'observation de Simon, et donne les symptômes cliniques des kystes du grand épiploon.

Ormsby, en 1883, nie l'existence de ces kystes, mais, en 1889, paraît le premier ouvrage d'ensemble sur les tumeurs de l'épiploon : la thèse d'Audry, qui consacre quelques lignes à ce qu'il appelle les « tumeurs kystiques, non hydatiques ». Leur symptomatologie est reprise en 1891, par Tillaux, dans son traité de chirurgie, qui insiste surtout sur les données de la percussion et sur les renseignements utiles qu'elle peut fournir, au point de vue diffé-

rentiel, avec les autres tumeurs de l'abdomen. En 1892, Lancereaux fait paraître la seule observation actuellement publiée de lymphome du grand épiploon : il s'agissait d'un homme de 25 ans, présentant de l'ascite avec anasarque et, à l'autopsie, un épiploon infiltré de nodosités, revêtu de saillies miliaries de la grosseur d'une lentille. Il affirma à ce sujet qu'il n'existait pas de kystes primitifs du grand épiploon. Par la suite, quelques observations isolées sont rapportées dans la littérature française : celles de Segond (1893) ; Marfan (1896) ; et surtout de Lance et Lecène (1893) ; dans ce dernier cas, les deux auteurs donnent un compte rendu histologique précis et détaillé, dont la conclusion fut discutée par de nombreux auteurs, particulièrement Leroux et son élève Touzard qui crurent avoir affaire à des débris wolfiens. Mais il faut arriver à 1910, avec l'ouvrage de Guérain, pour avoir un premier essai de synthèse sur les kystes de l'épiploon. Cet auteur fixe la symptomatologie, les caractères anatomo-pathologiques et le traitement de cette affection. Malheureusement, vu l'imprécision et surtout la rareté des examens histologiques, la classification donnée par cet auteur ne peut pas être considérée comme valable : il range en effet la plupart des cas dans la catégorie, à cette époque illimitée, des endothéliomes et il ne fait aucune distinction entre les kystes vrais, les tumeurs kystiques et les hématomes enkystés. D'après Touzard, on trouve cependant dans cet ouvrage, 23 observations incontestables de kystes, dont 6 lymphangiomes et 17 kystes séreux, hématiques ou séro-hématiques. Le cas personnel de Guérain est du reste celui d'une tumeur kystique.

Les cliniciens russes se sont particulièrement intéressés à la question ; outre Bergmann qui, en 1897, décrivit un cas de sarcome kystique, citons particulièrement Litchkous, en 1909 ; Koutassof en 1910 et surtout Ansimoff en 1911. Les deux premiers auteurs s'attachèrent surtout à la description des tumeurs malignes kystiques de l'épiploon, mais c'est à Ansimoff que revient le mérite d'avoir étudié et décrit, pour la première fois dans un mémoire devenu classique, les lymphangiomes de l'épiploon. On doit cependant lui reprocher de s'être attaché uniquement aux travaux de ses compatriotes et des auteurs allemands : c'est ainsi que, à cette époque, il n'existait pour lui que 7 observations de lymphangiomes : celles de Schwarzenberger, de Henke, de Dievitzky et Morosoff, de Heinzelmann ; de Kahuschkine, et enfin de Catherin, cette dernière n'ayant pu être retrouvée par nous. Il précise non seulement la

symptomatologie, qui ne présente pas de caractères bien spéciaux, mais surtout l'anatomo-pathologie, et avant tout l'histologie; il insiste sur l'importance, pour le diagnostic, de l'existence d'une assise endothéliale dont la découverte permet de classer le kyste dans la catégorie des lymphangiomes.

Dans la littérature allemande, en dehors des auteurs cités par Ansimoff, l'observation de Schramm (1903) est tout à fait particulière et intéressante puisqu'il s'agit probablement d'après Foucault, du premier cas publié de dysembryome, ce qui n'est pas notre avis. Citons en outre les faits publiés par Brandt (1894), Erdheim (1896), Hollemann (1898), Seefisch (1909).

Mais il faut surtout relater les faits publiés dans la littérature anglo-américaine qui sont de beaucoup les plus nombreux. Outre le cas princeps de Gairdner, citons, au hasard, ceux de Marsh et Monsarrat (1901), de Mathews (1905), de Young (1905), de Brigham (1910). De temps à autre, les auteurs qui les rapportent ont fait quelques recherches, à ce sujet nous devons citer les deux mémoires les plus importants : ceux de Fort (1907), de Hasbrouck (1908). Le premier réunit 22 cas, il en mentionne quelques-uns et cite l'opinion de ceux qui les rapportent. Puis il étudie les principaux signes déjà donnés par Péan et termine par un essai de diagnostic différentiel. L'article d'Hasbrouck reproduit dans ses grandes lignes celui de Fort, mais avec plus de développement et un nombre plus élevé d'observations. D'autre part, ce qui est le mérite principal de ce travail, l'auteur fait une distinction entre les véritables kystes du grand épiploon ou intra-épiploïques et ceux rattachés à l'épiploon par un pédicule. Il a cependant le tort à nos yeux de considérer ces derniers comme de faux kystes, fait contre lequel se sont élevés les auteurs modernes. Nous arrivons alors au premier grand travail d'ensemble sur les lymphangiomes, celui de Stillmann (1911). Il est beaucoup plus complet que celui d'Ansimoff, publié la même année ; 21 cas sont réunis par l'auteur, dont deux personnels, ceux de Gairdner, Gooding (1887), Spencer Wells (1890), Endheim (1896), Marfan, Hearn (1897), Braithwaite (1898), Jacobi (1901), Marsh et Monsarrat, Schramm, Boyd (1903), Schwarzenberger, Young, Mathews, Fort, Wakefield, Rodman (1909), Seefisch, Gifford (1910). La liste en est du reste incomplète et, en outre, plusieurs des cas considérés comme lymphangiomes par l'auteur, n'ont pas d'examen histologi-

que ; ce qui nous empêche, personnellement, de les classer avec une précision suffisante. Dans son mémoire, Stillmann résume les grandes lignes de la symptomatologie de ces kystes. Il insiste avec raison sur l'extrême difficulté du diagnostic qui n'est presque jamais posé avec certitude. Il montre que le seul traitement est l'intervention chirurgicale aboutissant à l'extirpation du kyste et que, dans l'immense majorité des cas, cette opération est suivie d'une guérison parfaite.

Enfin, dans cette même période, il existe dans la littérature médicale espagnole un important mémoire de Cordero (1910), qui insiste surtout sur les caractères histologiques des lymphangiomes. Il est le premier auteur qui s'essaie à une classification des kystes du grand épiploon. Pour lui, il existerait 6 catégories, dont les kystes lymphatiques et les lymphangiomes kystiques formeraient le groupe le plus important. Il tente, en outre, d'en expliquer la pathogénie, suppose une action traumatisante, mais ne conclut pas nettement, tout en élevant l'hypothèse d'une origine congénitale.

II. *Après 1911.* — Les cas publiés deviennent beaucoup plus nombreux et surtout plus complets ; presque chaque fois, l'examen histologique est décrit avec soin. Nous insisterons surtout sur les travaux d'ensemble ; les plus importants sont ceux de Touzard (1934), de Foucault (1934), et de Dias (1938), en France ; ceux de Montgomery et Wolman (1935), et de Hall (1940), aux Etats-Unis. Il existe également la thèse de Rivé (1932), mais cet ouvrage ne présente comme intérêt que le fait de publier 7 observations nouvelles. Il propose une classification en vrais et faux kystes, en plaçant dans ce dernier groupe les corps étrangers enkystés, les hématomes enkystés et les tumeurs kystiques, improprement appelées à nos yeux : kystes hématiques faux. Le travail de Touzard, postérieur de deux ans au précédent, a le grand mérite d'étudier surtout les lymphangiomes et d'essayer d'en réunir tous les cas connus à cette époque en se basant uniquement sur les données de l'examen histologique. Cependant, sur les 64 observations réunies, l'auteur reconnaît que 34 seulement sont des lymphangiomes à peu près certains. Il croit devoir ajouter que « les 30 restants sont des kystes séreux ou hématiques, qui, malgré l'absence d'examen histologique, nous ont paru rentrer dans la catégorie des lymphangiomes », conclusion qui nous paraît quelque peu hasardeuse, car elle ne repose pas sur une base scientifique.

Nous tenons à signaler l'extrême intérêt des chapitres consacrés à

l'anatomie pathologique et à la pathogénie et dont nous nous sommes inspiré pour la rédaction des nôtres. Cet ouvrage a le mérite incontestable d'être encore à l'heure actuelle le seul travail d'ensemble, de langue française, sur la question.

La même année paraissait, dans le *Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, un article fort intéressant de Foucault (de Poitiers) sur une forme histologiquement curieuse de kyste du grand épiploon. L'examen microscopique montrait que celui-ci était parsemé de vésicules kystiques serrées les unes contre les autres « à la manière des alvéoles d'une ruche ». Histologiquement, « ce qu'il convient de retenir, c'est, d'une part, le développement des capillaires, la dilatation des cavités lymphatiques, la présence d'amas ganglionnaires, caractéristiques des lymphangiomes kystiques de l'épiploon, et, d'autre part, la présence de vésicules revêtues d'un épithélium cubique haut, à type d'adénome thyroïdien ». Cette diversité d'aspect a incité l'auteur à proposer le terme de dysembryome, renfermant des dérivés ectodermiques et endodermiques. Il recherche, en outre, dans la littérature, les observations pouvant se rapprocher de la sienne et cite les faits publiés par Kirchberg (1912), Gödel (1922) et Jerlov (1924).

En 1938, Dias communiquait à l'Académie de Chirurgie un nouveau cas de kyste du grand épiploon chez une fillette et il en profitait pour faire une revue générale de la question. Son observation présente avant tout l'intérêt que le diagnostic clinique fut exactement posé. Les différentes lésions possibles sont discutées les unes après les autres et éliminées. Le fait méritait d'être signalé à cause de sa rareté. L'auteur décrit ensuite les principaux signes cliniques, rappelle les complications qui peuvent survenir, en particulier la torsion, et insiste sur la bénignité du traitement chirurgical. Un grand chapitre est consacré à l'anatomie pathologique et conclut que la grande majorité des cas concerne des lymphangiomes. Pour lui, le nombre des observations publiées ne dépasse pas 60. Il insiste sur la fréquence de l'affection chez les enfants et montre que, chez eux également, la guérison après extirpation est la règle.

Aux Etats-Unis, en 1935, Montgomery et Wolman publient dans *Surgery, Gynecology, Obstetrics*, un travail sur les lymphangiomes du grand épiploon qui restera classique et qui sera lu avec profit par tous ceux que la question intéresse. Nous tenons cependant à leur faire un reproche, commun à tous les auteurs de langue anglaise, c'est de ne publier que les travaux écrits par des cliniciens

de langue anglaise, allemande ou italienne. Ceux des chercheurs de langue française sont systématiquement ignorés, ce qui n'enlève rien, du reste, à l'immense intérêt de leur mémoire. Ils réunissent 53 cas, à peu près incontestables, de lymphangiomes, y compris les 19 déjà publiés par Stillman. Après un assez long chapitre consacré à la pathogénie, où sont rappelées les recherches de Reichert, Homans et Zollinger, ainsi que les travaux de Ribbert et dans lequel ils concluent à une néo-formation probable, les auteurs insistent sur la fréquence de l'affection chez les enfants, puisque 35 de leurs cas ont moins de 11 ans. Ils montrent que la symptomatologie est pauvre en signes cliniques, que les complications en sont rares, la torsion étant la plus fréquente et que le diagnostic précis est extrêmement rare. puisque, sur 53 cas, il ne fut posé qu'une seule fois. Ils insistent enfin sur ce fait, que le traitement chirurgical est la règle ; les résultats sont satisfaisants, la mortalité opératoire n'étant que de 3,50 % environ.

En 1940, un nouveau mémoire sur la question fut publié par Hall, à l'occasion d'une nouvelle observation. Il se rallie à l'origine congénitale possible des lymphangiomes, en se basant sur les recherches de Sabin, Huntington et Mc Clure sur le développement des lymphatiques. Il semble ignorer l'existence des publications françaises parues depuis 1935 et n'arrive ainsi qu'à un total de 54 cas, manifestement inférieur à la réalité. Il insiste sur le mauvais état général des enfants présentant une telle affection et montre tout le bienfait du traitement chirurgical.

En dehors de ces cinq importantes publications, indispensables à connaître et qui, avec celles de Stillman et de Cordero, servent de base à l'étude de la question, nous tenons à signaler différents articles qui donnent de précieux renseignements.

En France, Aimes, en 1920, donne une revue générale de la question, en étudiant les classifications des tumeurs du grand épiploon. Contrairement à l'opinion de Rivé, il considère les tumeurs malignes kystiques, comme de vrais kystes de l'épiploon. En 1921, Oberlin publie un mémoire, dans la *Revue de Chirurgie* sur les kystes hématiques du grand épiploon. Il en recueille 20 cas dans la littérature mondiale, mais un certain nombre lui ont échappé. Il ne fait pas de distinction nette entre les kystes vrais et les hématomes enkystés dont son observation personnelle est cependant un exemple parfait. Il envisage successivement les kystes séro-hématiques et les tumeurs kystites hématiques. Oudard (1921), Chalié (1923), Rouf-

fart (1924), Bernadet (1925), Iselin (1927), publient des observations isolées. Guillemot et Leveuf (1933), à l'occasion d'un cas étudié chez un garçon de 4 ans, rappellent la fréquence de l'affection chez l'enfance. Enfin, citons les articles plus récents de Fèvre et Bertrand (1936), Brette et Duval (1939), Masmonteil, de Parades, Vautier (1939).

Dans la littérature anglo-saxonne, les publications sont de loin les plus nombreuses et nous ne citerons que les principales : Outerbridge (1914), Pybus (1917), Girvin (1921), Lawrence (1925), Ladd (1926), Jackson (1928), Grausmann et Jaffe (1928), ces deux derniers rappelant plusieurs cas antérieurs et émettant différentes hypothèses d'ordre pathogénique. De 1935 à 1940, les auteurs de langue anglaise n'ont rien publié sur la question (1).

En Belgique, rappelons le cas présenté par De Harven en 1927, à la Société belge de Chirurgie, et celui de Kempeneers, Van der Ghinst et Van der Linden, à la Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles, en 1935.

Dans la littérature allemande, nous avons recueilli les observations de Borchers et surtout celles de Gödel (1922) et de Jerlov (1924) qui se rapprochent par leur aspect macroscopique et histologique de ce que Foucault a décrit sous le nom de dysembryome.

En Italie, des cas de kyste du grand épiploon furent publiés par Laurenti (1916), Arzela (1922), Marinacci (1925), et en Argentine, citons l'observation de Copello (1923).

Personnellement, en réunissant tous les cas de formations kystiques primitives du grand épiploon, que nous avons pu trouver dans la littérature mondiale, nous sommes arrivés à un total de 133 cas, se répartissant comme suit :

- 9 kystes dermoïdes.
- 46 lymphangiomes kystiques,
- 8 Dysembryomes kystiques,
- 1 Lymphome kystique,
- 3 Angiomes kystiques.
- 35 Kystes séreux, hématiques ou séro-hématiques.
- 13 Tumeurs kystiques.
- 7 Hématomes enkystés.
- 2 Corps étrangers enkystés.
- 9 Kystes inclassés.

(1) Les 3 cas relatés dans l'article de Berger et de Rothenberg, et dont nous n'avons pu nous procurer qu'un résumé, ne nous paraissent pas assez probants pour être recueillis ici.

Classification.

Le premier essai réel de classification a été tenté en 1910 par Cordero, dans son mémoire. Les autres revues générales, publiées auparavant, en particulier celles de Fort et de Hasbrouck, ne donnent à ce sujet aucun renseignement. C'est ainsi que ce dernier auteur se contente de diviser les kystes en : intra-épiploïques ou sessiles et extra-épiploïques ou pédiculés, en se refusant de classer ces derniers parmi les kystes vrais. — Depuis Rochard, tous les auteurs se sont élevés contre cette conception. Guérain, dans sa thèse, emploie presque uniquement le terme : « endothéliome », sous lequel il englobe des kystes qui seraient actuellement considérés comme kystes séreux ou hématiques ou comme lymphangiomes ou sarcomes kystiques. Dans sa définition, il subdivise simplement les kystes en kystes véritables, néoplasies kystiques collections enkystées et kystes dermoïdes.

Dans son article, Cordero base sa classification, dit-il, sur la pathogénie. Il admet qu'il existe des kystes provenant de débris embryonnaires (canal omphalo-mésentérique), des kystes dus à une disposition congénitale, des kystes inflammatoires, des kystes lymphatiques, des lymphangiomes kystiques. Les lymphangio-endothéliomes kystiques sont l'anneau qui rattache ces formations aux tumeurs malignes. Il existe en somme, pour lui, six catégories distinctes : les entéro-kystomes, les kystes dermoïdes, les kystes séreux à épithélium vibratile, les kystes séreux d'origine inflammatoire, les kystes lymphatiques et les lymphangiomes kystiques, enfin les lymphangio-endothéliomes kystiques. Ce tableau a servi de base à toutes les classifications ultérieures.

En 1912, Rochard à propos d'un kyste séro-hématique, rappelle la classification de Cordero, qu'il considère comme « très savante ». Personnellement, il classe les kystes du grand épiploon, comme ceux du mésentère, en : séreux, hématiques, séro-hématiques, chyleux (1 cas douteux), dermoïdes, parasitaires. Cette classification est

tout à fait incomplète et très inférieure à celle de Cordero. Elle ne tient aucun compte des renseignements donnés par l'histologie et par les mises au point de Cordero, Ansimoff et Stillmann.

En 1920, Aimes propose la classification suivante : kystes dermoïdes, dont il réunit 15 cas, au sujet desquels nous reviendrons au chapitre des observations ; angiomes kystiques, dont le cas de Wagener est le plus typique ; lymphangiomes kystiques, dont il n'avait trouvé que 8 exemples ; lymphomes, dont le seul cas publié était celui de Lancereaux ; kystes séreux ou muqueux, le plus souvent congénitaux ; kystes hématiques, subdivisés en kystes vrais et hématomes enkystés ; sarcomes kystiques, bien connus depuis les travaux de Fall, Koutassof et Litchkous ; endothéliomes kystiques, individualisés par Bergmann.

Il résumait ses conclusions dans le tableau ci-dessous :

Tumeurs liquides : rares —	Kystes dermoïdes
	Angiomes et tumeurs vasculaires
	Lymphangiomes et lymphomes
fréquentes —	Kystes séreux ou muqueux
	Kystes hématiques
Tumeurs malignes : sarcomes enkystés	
	endothéliomes enkystés.

Deux objections peuvent être faites ; d'une part, les tumeurs vasculaires ne sont pas kystiques ; comme l'ont montré Ricard, Lucas Championnière et Peyrot, ce sont « des amas volumineux, constitués par des vaisseaux sanguins énormes, du tissu érectile et quelques vestiges de tissu épiploïque ; elles coexistent avec des tumeurs abdominales, de l'ascite, quelquefois un hydrothorax » ; d'autre part, les auteurs modernes ont prouvé histologiquement que presque tous les cas décrits autrefois comme endothéliomes, c'est-à-dire tumeurs malignes, sont en réalité des lymphangiomes.

En 1921, Oberlin, faisant une revue générale des kystes hématiques, classait ceux-ci en trois catégories : les kystes séreux devenus hématiques, les tumeurs kystiques, les hématomes enkystés. Dans le premier groupe, il s'agirait de kystes probablement congénitaux, mononucléaires dans les 2/3 des cas. Les exemples les plus typiques sont ceux de Messa, Boyd, Gooding, Rouiller, et, parmi les formes multiloculaires, ceux de Marfan, Young, Pybus. — Le deuxième groupe est composé d'éléments, à notre avis, trop disparates : on y

trouve en effet, mélangés, des lymphangiomes (Mathews-Brandt), des sarcomes (Simon-Keen). Le cas de Hasbrouck est considéré « comme un mésothéliome ». Dans le troisième groupe sont réunies, en particulier, l'observation personnelle d'Oberlin, celles de Hollemann, de Bush; cette dernière, d'après nous, ne pouvant être classée de façon précise. L'origine traumatique est, dans ces cas, indiscutable. L'auteur, dans ses conclusions, fait un rapprochement étroit entre les kystes du grand épiploon et ceux du mésentère.

Nous ne trouvons aucune classification dans les différents articles parus depuis cette date jusqu'en 1932. C'est alors que Rivé, dans sa thèse, groupe les kystes du grand épiploon de deux façons, « suivant qu'on les envisage au point de vue anatomique ou pathogénique ». Au point de vue anatomique, il décrit les vrais kystes et les faux kystes. Les premiers se subdivisent en : kystes dermoïdes (8 cas), kystes séreux (9 cas), kystes hématiques vrais (12 cas) dont 9 uniloculaires et 3 multiloculaires. Les faux kystes se subdivisent en : kystes hématiques faux qui sont, soit des tumeurs kystiques (3), soit des hématomes enkystés (5), et en kystes inflammatoires, par enkystement de corps étranger (cas personnel de l'auteur).

Au point de vue pathogénique, il envisage : les kystes d'origine congénitale, analogues aux kystes du cordon, dus à la persistance et à l'exsudation du canal vagino-péritonéal : « tels seraient, en particulier, les kystes uniloculaires, les kystes dus à une distension énorme, acquise, inflammatoire, des vaisseaux lymphatiques » (Fisher) ; les lymphangiomes, considérés comme des embryomes.

Cette classification a été réfutée par les auteurs modernes, en particulier par Touzard et surtout Montgomery et Wolman, et Hall, qui ont donné de l'origine des lymphangiomes des explications différentes.

La mise au point de Rivé est résumé dans le tableau ci-dessous :

Vrais kystes : Kystes dermoïdes

Kystes séreux — uniloculaires
multiloculaires.

Kystes hématiques vrais — uniloculaires
multiloculaires

Faux kystes : Kystes hématiques faux : Tumeurs kystiques :
sarcome
endothéliome

Hématomes enkystés

Kystes inflammatoires : par enkystement de
corps étranger.

La thèse de Touzard, le mémoire de Montgomery et Wolman, ne contiennent aucun essai de classification, il est vrai qu'ils ne traitent uniquement que des lymphangiomes.

En 1938, Fèvre, qui rapporta à l'Académie de Chirurgie l'observation d'Antonio Dias, considéra que les kystes du grand épiploon pouvaient être groupés comme suit : Kystes hydatiques (32 cas pour Aimes). — Kystes dermoïdes, « plus difficiles à séparer des lymphangiomes kystiques : d'une part, les statistiques les classent souvent à côté des kystes d'origine vasculaire, d'autre part, on voit tous les intermédiaires entre les kystes dermoïdes et les embryomes kystiques qui sont d'origine congénitale, comme dans le cas de Webb Johnson » — Lymphangiomes et hémangiomes kystiques les plus fréquents qu'on peut opposer au type plus rare d'épiploïte fibro-kystique, avec petits kystes multiples noyés dans le tissu scléreux et d'origine inflammatoire ; la forme généralement rencontrée étant l'hémolymphangiome ». — Enfin les kystes inclassés par absence d'examen histologique. En outre, selon leur siège, l'auteur décrit trois variétés de kystes épiploïques : les kystes marginaux, franchement pédiculés ; les kystes intra-épiploïques ; les kystes multiples situés entre les deux feuilletts du grand épiploon, qui est farci, soit de tumeurs lymphangiomateuses, soit de kystes hématiques, formant une véritable masse fibro-kystique. — Cette classification est séduisante, mais nous lui reprocherons, d'une part, de ne pas faire de place aux kystes séreux ou hématiques vrais ; d'autre part, de passer sous silence les sarcomes kystiques que l'on doit, à la suite de Litchkous, ranger dans les kystes vrais du grand épiploon.

En 1939, Masmonteil et ses collaborateurs, donnent une classification rappelant celle de Dias et Fèvre : kystes dermoïdes, épiploïtes fibro-kystiques, d'origine probablement inflammatoire, lymphangiomes, hémangiomes kystiques, hémolymphangiomes.

Personnellement, nous envisageons de grouper les kystes du grand épiploon de la façon suivante : les kystes dermoïdes, d'origine probablement congénitale, parfaitement individualisés, depuis la thèse d'Issalène. Le groupe des lymphangiomes, dont l'origine est toujours discutée, comme nous le montrerons au chapitre de la pathogénie : à côté des lymphangiomes proprement dits : (lymphangiomes vrais — hémangiomes ou hémolymphangiomes, différenciés suivant le

contenu du kyste), il faut faire une place à part à l'épipoïte fibro-kystique, formée, soit de lymphangiomes, soit de kystes hématiques multiples, et au dysembryome, parfaitement décrit par Foucault et individualisé seulement par l'examen histologique, tous les intermédiaires pouvant se voir entre ces deux groupes ; les angiomes kystiques ; les lymphomes ; les kystes à parois ne contenant pas d'assises endothéliales et à contenu séreux ou hématique, ou séro-hématique ; les tumeurs kystiques, généralement sarcomateuses ; les faux kystes comprenant les hématomes enkystés et les corps étrangers enkystés et enfin les kystes qui n'ont pas été classés, par défaut ou insuffisance d'examen histologique. L'aspect uni ou multiloculaire du kyste n'a aucune importance, l'une des deux formes pouvant se voir indifféremment dans l'un quelconque des groupes ci-dessus énumérés.

Nous résumons notre classification dans le tableau ci-dessous :

Kystes dermoïdes.

Lymphangiomes (ou hémangiomes ou hémolymphangiomes).

Dysembryomes.

Lymphomes.

Epipoïtes fibro-kystiques,

Angiomes kystiques.

Kystes séreux ou hématiques, ou séro-hématiques.

Tumeurs kystiques, particulièrement sarcomes kystiques.

Faux kystes : hématomes enkystés.

corps étrangers enkystés ;

Kystes inclassés.

Rappelons, pour terminer, au sujet des kystes multiloculaires, une mise au point intéressante de Fèvre et Dias : pour eux, dans la plupart des cas, « le kyste uniloculaire est rare ; il existe plutôt une masse principale ; mais, à son voisinage, ou dans son pédicule ou sa paroi, on trouve d'autres kystes. On conçoit donc l'opinion de Frank et de White qui se refusent à employer l'expression de kystes et préfèrent désigner ces tumeurs sous le nom de « kystomes », appellation qui leur semble plus logique étymologiquement parlant ». Nous avouons ne pas être de cet avis, le suffixe « ome » se rapportant uniquement à des tumeurs, ce qui n'est pas toujours exact. Aussi conservons-nous pour ces kystes l'expression d'épipoïte fibro-kystique, plus judicieuse et plus générale.

Étiologie.

« Les circonstances dans lesquelles se développent les kystes de l'épiploon sont encore très obscures, on ne peut guère que rassembler des faits sans pouvoir pour l'instant tirer de conclusion ferme. » Cette phrase, écrite par Touzard en 1932, est encore vraie à l'heure actuelle.

Age. — Les kystes de l'épiploon peuvent se rencontrer à tout âge mais leur fréquence est grande chez l'enfant. Pour Fort, 50 % des cas se rencontraient avant l'âge de 10 ans. Hasbrouck donne une proportion analogue. Guérain rapporte 33 % des cas comme survenant de 1 à 11 ans. Pour Oberlin, 8 cas sur 23, soit 35 % appartenaient à l'enfance ; les autres s'étagaient de 19 à 76 ans, avec un âge moyen de 36 ans. Rivé insiste sur la fréquence relative des kystes du grand épiploon dans l'enfance ; sur ses 29 observations, 12 concernent des enfants de moins de 15 ans, et parmi elles, 5 sont survenues entre 2 ans 1/2 et 4 ans. Touzard dans sa thèse constate que les cas extrêmes concernent un enfant de 1 an et un vieillard de 70 ans. Des 64 observations recueillies par lui, 22 sont survenues chez des enfants de moins de 10 ans, soit 33 % ; 5 chez des adolescents de moins de 20 ans ; de sorte que 40 % de ces cas se rencontrent chez des individus ayant moins de cet âge. Montgomery et Wolman notent que les lymphangiomes surviennent à tout âge et dressent le tableau suivant :

Au-dessous de 5 ans	29 cas.
de 11 à 20 ans	5 »
de 21 à 30 »	5 »
de 30 à 40 »	2 »
de 41 à 50 »	3 »

Donc, au-dessous de 11 ans : 35 cas ou 66 % ; — au-dessus de 11 ans : 18 cas

Fèvre et Bertrand insistent également sur l'extrême fréquence

dans l'enfance, de même que Dias qui rappelle que, pour Fisher, la moitié des cas était âgée de moins de 10 ans.

Personnellement, sur 133 cas réunis, 120 seulement précisait l'âge du ou de la malade. Nous avons pu dresser le tableau ci-dessous :

Moins de 1 an : 1 ou 0,84 %.

De 1 à 5 ans : 37 ou 30,50 % (dont 20 de 4 à 5 ans, ou 16,94 %).

De 5 à 10 ans : 6 ou 5,08 %.

De 10 à 20 ans : 11 ou 9,32 %.

De 20 à 30 ans : 25 ou 21,18 %.

De 30 à 40 ans : 11 ou 9,32 %.

De 40 à 50 ans : 14 ou 11,01 %.

De 50 à 60 ans : 9 ou 7,62 %.

Plus de 60 ans : 6 ou 5,08 %.

Le cas le plus jeune avait un an, le plus âgé, 76 ans ; 44 avaient moins de 10 ans, ou 36,44 % — 76 avaient plus de 10 ans, ou 63,55 %.

Les kystes semblent donc être fréquents, d'une part, entre 1 et 5 ans et surtout de 4 à 5 ans ; d'autre part, de 20 à 30 ans.

Sexe — Tous les auteurs insistent sur la prédominance des kystes chez la femme. Fort donne une prédominance de 75 %, Hasbrouck, 69 %, Guérain 69 %, Touzard 66 % ; celui-ci ajoutant qu'« on n'en saurait donner d'explication satisfaisante, à moins d'admettre que la congestion menstruelle et la grossesse favorisent le développement de telles tumeurs ». Rivé notait que sur ses 29 observations, il y avait 18 femmes pour 11 hommes. Dias signale également la grande fréquence chez la femme et rappelle la statistique d'Aimes qui était de 70 %. Notre statistique personnelle est contenue dans le tableau ci-dessous (3 cas ne précisant pas le sexe) :

Lymphangiomes vrais :	20 femmes — 10 hommes
Epiploïtes formées de lymphangiomes :	9 femmes — 9 hommes
Epiploïtes formées de kystes hématiques :	2 femmes — 1 homme
Dysembryomes :	2 femmes — 4 hommes
Kystes séreux ou hématiques :	21 femmes — 12 hommes

Lymphomé :		1 homme
Tumeurs kystiques	6 femmes —	6 hommes
Angiomes kystiques	1 femme —	1 homme
Kystes dermoïdes	7 femmes —	1 homme
Hématomes enkystés	3 femmes —	4 hommes
Corps étrangers enkystés	1 femme —	1 homme
Kystes inclassés	5 femmes —	3 hommes
Total :	77 femmes —	53 hommes

On arrive à une proportion féminine de 59,23 %, soit près de 60 %, légèrement inférieure aux statistiques précédentes.

Race. — L'affection peut se voir dans toutes les races. La malade de Wyatt était de race noire, celle de Dias de race hindoue.

Origine — Par suite de la grande fréquence des kystes chez l'enfant, certains auteurs ont insisté sur l'origine *congénitale* probable des kystes. Ils s'appuient sur ce fait que souvent le ventre est gros depuis la naissance (Fort, Spencer, Wellbs, Marfan, Hearn), ou qu'il avait commencé à se développer dès les premiers mois de l'existence (Marsh et Montsarrat, Schramm, Young). Touzard se rallie à cette hypothèse et ajoute : « Certains nient l'origine congénitale, en faisant remarquer que 60 % des cas se rencontrent chez l'adulte ; en réalité, ceci ne doit pas paraître surprenant, car les lymphangiomes kystiques restent latents pendant une période assez longue et ne sont découverts que si des troubles fonctionnels sérieux nécessitent une exploration sérieuse de l'abdomen ».

Oberlin est du même avis, tout au moins en ce qui concerne les kystes séreux, et s'appuie sur les conclusions de Gooding, Jessett, Boyd, Seefisch, Pybus, Rouiller, Aimes. — Dans leur mémoire, Montgomery et Wolman ne prennent pas nettement position. Il en est de même pour Dias. Par contre, Fèvre et Bertrand disant qu'il s'agit presque toujours d'une « malformation tumorale congénitale », hypothèse approuvée par Masmonteil, qui admet « une occlusion congénitale de vaisseaux lymphatiques, déterminant la production de ces kystes » et par Hall, tout au moins pour ce qui est des lymphangiomes, s'appuyant pour cela sur les travaux de Naisse, de Ribert, et de Sisk.

D'autres auteurs ont invoqué une cause *inflammatoire* ? C'est Schramm qui, le premier, a envisagé cette possibilité : « c'est la seule

explication que l'on peut donner, dit-il, dans les cas où la formation kystique est dépourvue de paroi propre ».

Certains considèrent le *traumatisme* comme la seule étiologie. Ce fait est incontestable pour la plupart des hématomes et des corps étrangers enkystés. Rouiller, dans sa thèse de 1885, s'est fait le défenseur de cet idée partagée par Brouardel et Gilbert à la même époque, surtout pour ce qui concerne les kystes hématiques. « Ceux-ci ne sont en réalité que des hématomes péritonéaux enkystés : l'abondance relativement minime de l'hémorragie, la fixation du sang épanché dans les mailles de l'épiploon, expliquent l'enkystement complet et précoce. » En fait, les kystes reconnaissant une telle origine sont plutôt exceptionnels, les cas de Gooding, de Rochard et peut-être de Hasbrouck, paraissent être les plus probants. Cotman, Bichon, Aubineau, Aimes sont également partisan d'une telle étiologie. Oberlin présente un cas typique d'hématome enkysté après traumatisme et considère que les faits relatés par Edebohls, Hollemann et Bush ont la même origine. Par contre, Rivé écrit « qu'à part l'observation de Rochard la notion de traumatisme ne semble jouer qu'un rôle secondaire ». Pour Touzard, rien n'autorise une telle hypothèse et le traumatisme n'influe pas sur la formation de la tumeur elle-même.

Enfin, la tuberculose et la syphilis n'ont aucune importance dans l'étiologie des kystes.

Il semble bien, en résumé, que l'on ne puisse actuellement tirer aucune conclusion de l'ensemble de ces faits.

Anatomie macroscopique.

« Un kyste véritable de l'épiploon est un kyste développé à l'intérieur de cet organe. Entièrement situé dans ses replis, il ne lui est extérieur en aucune manière. Un kyste dérivant de l'épiploon par un pédicule, ou rattaché à lui d'une façon telle qu'il en soit clairement originaire, est évidemment un kyste épiploïque, mais d'un type entièrement différent. » Cette classification de Hasbrouck en kystes intra et extra-épiploïques, ne mérite pas d'être conservée, ces kystes ayant mêmes caractères macroscopiques. La plupart d'entre eux sont du reste, pour les auteurs, intra-épiploïques dans une proportion qui atteint ou dépasse 90 %. On a donc affaire généralement à des masses tumorales, logées entre les deux feuillets de l'épiploon et celui-ci étant parfois intimement soudé à elles, comme dans les cas de Kahouschkin, Stillmann, Gödel.

Aspect. — « Les kystes épiploïques, dit Guérain, se présentent habituellement sous la forme de grosses tumeurs arrondies, généralement lisses et régulières développées dans l'intérieur des feuillets épiploïques, si bien que la tumeur est recouverte par un feutrage délicat et très vasculaire. Lorsque le kyste a pris un gros développement, ce feutrage est tellement distendu qu'il s'est déchiré et laisse la tumeur en contact avec les organes voisins. » Cet aspect est, selon nous, relativement rare. On le rencontre dans les cas de Doran, Rouiller, Wellbs, Jessett, Seefisch, Mathews, Messa, Oudard, Laurenti, Speese, Ladd. Le plus souvent, il s'agit de kystes multiples parmi lesquels un kyste ou un groupe de kystes est prépondérant.

Dans certains cas, on assiste à une véritable dissémination, atteignant le mésentère, les organes viscéraux : rate, intestin, utérus (Jerlov, Gödel), trompes, ovaires (Franck), la séreuse gastrique (Wakefield). Cet aspect est surtout rencontré dans les cas de dysembryomes, comme l'a montré Foucault. Généralement, on a affaire soit à des kystes nettement indépendants les uns des autres, soit à une

masse kystique multiloculaire, constituée de cavités de dimensions variables, communiquant ou non.

Dans le premier groupe, les cas les plus caractéristiques sont ceux de Markoë et Mc Pherson ; de Guillemot et Leveuf ; de Copello (3 kystes sous tension) ; de Ryan (3 kystes et quelques autres plus petits, nettement séparés les uns des autres) ; de Jackson (3 kystes de gros volume).

Au deuxième groupe, on doit rattacher d'une part tous les dysembryomes, ceux de Foucault, de Jerlov, de Gödel, de Kirchberg ; d'autre part une grande partie des cas d'épipoïte fibro-kystique comme le dit White, les observations les plus typiques à ce sujet étant celle de Frank (un très gros kyste et une multitude de kystes plus ou moins séparés envahissent également le cœcum, l'appendice, l'utérus, etc.) et celle de Grausmann et Jaffe (une centaine de kystes isolés et communiquants).

Volume — Ce sont des masses généralement importantes : le cas de Marfan est du volume d'un œuf d'autruche ; celui de Schramm « de deux têtes d'homme » ; celui de Dujarier, une tête d'enfant ; celui de Cordero, du volume de deux poings ; celui de Franck, d'un gros œuf de poule ; celui d'Outerbridge, d'une tête d'homme, etc.... Les mots « énorme », « extrêmement volumineux », se retrouvent pour ainsi dire dans chaque observation. On arrive du reste à des poids impressionnants : 40 livres pour Hasbrouck, 60 (?) livres pour Rodman chez une jeune fille de 17 ans. Le plus souvent, les pesées donnent les poids suivants : 18 livres (Hasbrouck), 13 livres (Cordero), 4 kgs. (Ansimoff), plusieurs livres (Copello, Laurenti, Fitz), 10 kg. (Rouffard), 6 kg. (Fisher), 2 kg. (J. Quenu), 1.500 gr. (Montgomery et Wollmann), donnant une moyenne générale de 4 à 6 kg. environ.

Les *dimensions* de ces kystes sont en rapport avec le poids : 21/12 dans le cas d'Outerbridge ; 14/11 dans celui de Guillemot et Leveuf ; 12/12 dans celui de Hall ; 13/8/6 dans celui de Ladd ; 26/17 dans celui d'Arzela chez une fillette de 3 ans ; 27/20/10 dans celui de Bloodgood chez un garçon de 4 ans ; 69 cent. de diamètre (?) dans celui de Cordero, etc.... On conçoit donc qu'à l'ouverture du kyste ou par ponction, on puisse retirer de *grandes quantités de liquides* : 32 litres pour Young ; 18 litres pour Péan ; 7 litres 1/2 pour Second, Nash ; 15 litres pour Frank ; 4 litres pour Devitsky et Morosov ; plusieurs litres (Lawrence, Ladd), etc.... Rares sont les

observations où l'on ne trouve que très peu de liquide : Un litre (Wyatt) et même 36 cent. cubes dans le cas de Speese. On conçoit que dans ces conditions ces masses présentent un aspect bosselé, irrégulier, avec plus ou moins de cohérence et que l'on rencontre beaucoup plus rarement une tumeur arrondie et régulière.

La surface est lisse, brillante, souvent recouverte de graisse d'épiploon, parcourue par des vaisseaux dilatés qui, parfois, atteignent un gros volume (Stillmann, Iselin, Girvin, Montgomery et Wolmann, Hall, etc...). Ces vaisseaux constituent de nombreux pédicules à lier au moment de l'intervention, car leur rupture entraîne parfois de graves hémorragies (Holleman).

La consistance est élastique, mais ferme (Dias), variant bien entendu suivant le volume de la tumeur, la quantité de liquide inclus et la pression de celui-ci, fait sur lequel insiste Girvin.

An point de vue *localisation*, les kystes de l'épiploon se développent plus spécialement dans sa portion gastrocôlique, ou au-dessous du côlon transverse, comme le montrent les cas de Borchers, Stillmann, Guillemot et Leveuf. Ils sont parfois groupés à l'angle splénique du côlon (Fisher) ou disséminés à travers l'épiploon (Frank, Stillmann) ou bien dans un sac herniaire (Jerlov, Gödel, Howe). Dans l'observation de Outerbridge, ils étaient disposés sur tout le pourtour de l'épiploon, avec un chapelet central serré contre un ou deux vaisseaux sanguins. Parfois, ils intéressent la totalité de l'épiploon, arrivant même à plonger dans le petit bassin, ou même à l'occuper presque exclusivement (Schramm, Hearn, Kister, Grausmann et Jaffe). Le plus généralement (Wagener, Young, Hasbrouck), la tumeur en se développant vient en contact avec la paroi abdominale : le côlon transverse, écarté de l'estomac, peut être repoussé fort loin vers le bas, « presque jusqu'à la symphyse pubienne » (Hasbrouck). En haut, il persiste souvent une bordure d'épiploon sain entre le kyste et la grande courbure de l'estomac. Plus rarement, la tumeur peut s'étendre en arrière et faire saillie dans l'arrière cavité des épiploons comme dans les cas de Rouiller et de Seefisch. Lorsque le développement se fait au-dessous du côlon transverse, la tumeur, toujours recouverte en avant par la paroi abdominale, repose en arrière sur la masse intestinale. Le côlon transverse limite son extension vers le haut. En bas, elle se rapproche plus ou moins de l'orifice supérieur du bassin.

Dans ces différentes localisations, il s'établit de nombreuses con-

nexions et *adhérences* plus ou moins solides des kystes entre eux, ou avec les organes abdominaux ou pelviens, ce qui modifie souvent la symptomatologie et rend l'intervention plus délicate. Ces adhérences sont signalées par la plupart des auteurs. Elles se font le plus souvent avec le péritoine pariétal (Marsh et Montsarrat, Kenney et Mason); la paroi abdominale (6 observations pour Montgomery et Wolman); le côlon transverse (Segond, Halsted, les 2 cas de Montgomery et Wolman); le pancréas, le canal inguinal. Mais la variété la plus fréquente est l'adhérence à la paroi gastrique (Holleman et Wakefield particulièrement); il en résulte souvent d'importantes difficultés opératoires. Enfin, signalons que, très rarement, le kyste est totalement libre, d'énucléation facile (Schramm, Fort et surtout Guillemot et Leveuf).

La *paroi* kystique est généralement mince, presque transparente, fait signalé par la plupart des auteurs, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Elle est rarement dure (Hasbrouck), épaisse et opaque (Bergmann, Gödel, Ryan, Peterson).

Le contenu. — Les kystes sont généralement séreux ou hématiques : 12 fois séreux, 8 fois hématiques dans la statistique de Touzard. Toutes les transitions existent d'ailleurs au point de vue coloration; depuis la teinte rosée (Schram) jusqu'à la coloration noirâtre (Brandt, Ryan). Le sang peut se coaguler à l'intérieur de la poche kystique et donner lieu à de volumineux caillots (Hasbrouck). Rarement, le liquide est séreux (Gairdner, Spencer, Wellbs, Braithwaite); limpide comme de l'eau de roche (Rodman). Une seule fois le contenu était probablement chyleux (Rau). Enfin, ce qui montre le peu d'importance de cette distinction, on trouve dans un même kyste, ici un liquide séreux, là un liquide hématique, suivant les loges envisagées.

Les caractères chimiques n'ont pas été recherchés par tous les auteurs, un certain nombre d'entre eux en donnant cependant les détails. Schramm, le premier, note que le liquide « contenait beaucoup d'albumine, de nombreux globules blancs, peu de globules rouges ». Cordero note que le liquide « était alcalin, riche en albumine, contenant des cristaux de cholestérine, avec des globules sanguins ». Ansimoff trouva beaucoup de « globules de graisse ». Sabella « des lamelles d'aspect fibreux, des flocons et des nodules; au microscope quelques érythrocytes bien conservés, quelques cellules pavimenteuses, des cristaux d'acide gras. Au point de vue chimique,

96 % d'eau, des chlormes, des peptones, des globulines, de la lucine ». Wakefield : « de nombreux cristaux de cholestérine, des hématies, des leucocytes ». Dans l'observation d'Oudard, il y avait 65 % d'albumine, 8,50 % de chlorures, 1,50 % d'urée et de la cholestérine ; au point de vue cytologique, nombreux globules rouges et cristaux de cholestérine. Dans celle de Ryan, il y a de la globuline, de l'albumine et du sang. Dans celle de Fèvre et Bertrand, la réaction de Rivalta est fortement positive, ainsi que celle de Gangi ; il y a 40 gr. d'albumine par litre ; dans celle de Dias le liquide contenait de l'albumine ; dans celle de Montgomery et Wolman, il y avait du sang, des caillots et de la fibrine.

Il en résulte donc que, à quelques exceptions près, le liquide contient une assez grosse quantité d'albumine ; il coagule à la chaleur par l'addition d'acide acétique ; il est de réaction neutre, ou plus souvent alcaline ; il contient des cristaux de cholestérine, des cellules en dégénérescence graisseuse ; dans le sédiment, on trouve parfois des cellules endothéliales (Mathews, Grausmann et Jaffe, Borchers) et souvent des éléments figurés : érythrocytes, lymphocytes, polynucléaires. Ce liquide est, en somme, loin d'être caractéristique et, comme le dit Touzard, « est de constitution analogue à celle des kystes de l'ovaire ». Cet auteur ajoute qu'il présente, dans l'ensemble, toute la constitution de la lymphe.

En résumé, les kystes du grand épiploon sont généralement multiples, ou multiloculaires dans une proportion de 77 % et intra-épiploïques dans une proportion de 89 %. Leur volume est habituellement énorme, le poids considérable. Cet aspect se rencontre aussi bien dans les lymphangiomes que dans les kystes séreux ou hématiques ou dans les tumeurs kystiques. Il n'existe donc au point de vue macroscopique aucune différence entre eux.

Histologie.

Au cours de ce chapitre, nous envisagerons successivement les différentes formes de kystes dont les particularités, au point de vue microscopique, ne peuvent être étudiées sous un angle unique, sous peine de confusion.

I. *Les lymphangiomes vrais* — Le premier examen histologique précis et complet a été fait par Cordero en 1910. « Le stroma, dit-il, est constitué par du tissu conjonctif, à faisceaux entrecroisés, riche en noyaux. Autour de certains vaisseaux, énorme dilatation des gaines lymphatiques. Les kystes possèdent une paroi mince, formée de tissu conjonctif, serré, pauvre en noyaux. Sur quelques points, on note une simple assise de cellules endothéliales. En certains endroits, cette paroi, épaissie, montre l'existence de trois couches : une externe, formée de tissu fibreux, pauvre en noyaux, presque sans vaisseaux ; une moyenne, aréolaire, constituée de fines fibrilles conjonctives, de vaisseaux abondants, avec cellules adipeuses ; une interne, constituée par du tissu conjonctif serré et de nombreux foyers hémorragiques anciens ou récents. »

En 1934, Leroux et Touzard, dans la thèse de ce dernier, reprennent l'étude histologique des lymphangiomes. « La paroi est constituée par un tissu conjonctif plus ou moins dense, avec de très nombreux vaisseaux sanguins, à paroi très mince, plus ou moins dilatés, avec des cavités de dimensions variables, recouvertes d'endothélium plat, comme celui des lymphatiques ; il y a quelquefois élargissement progressif des lymphatiques néoformés. Certaines cavités sont vides, d'autres remplies d'une substance granuleuse. » Plusieurs auteurs (Graussmann et Jaffe, Borchers, Guillemot et Leveuf) notent la présence d'amas lymphoïdes avec réticulum et noyau central. Dans 5 observations (Wakefield, Jerlov, Schwartzemberger, Fisher, Borchers) il existait des fibres musculaires lisses. Dans la plupart des coupes, on remarque une infiltration leucocytaire périvasculaire inflammatoire. La paroi est limitée par un revêtement endo-

thélial plat. Pour certains (Outerbridge, en particulier), là où le kyste devient gros, l'endothélium est absent. Il est disposé sur une ou même plusieurs assises de cellules (Gödel, Outerbridge). Wakefield et Jackson déclarent que la paroi est limitée par des cellules épithélioformes aplaties. L'observation de Kister est particulièrement curieuse, car, dans la même tumeur, on trouve des images de lymphangiomes : simple, caverneux, kystique. On rencontre rarement des fibres élastiques (Borchers, Kirchberg) et Graussmann trouva dans son cas « une prolifération évidente, avec projection du processus papillaire dans la lumière ». Enfin, dans une même tumeur, il peut y avoir association de lymphangiome et d'hémangiome, avec dilatation énorme des vaisseaux de la paroi (Marsh, Iselin, Guillemot et Leveuf). Ici, Touzard ne semble pas avoir fait de distinction nette entre les hémangiomes et les angiomes kystiques.

Dans leur mémoire de 1935, Montgomery et Wolman insistent presque uniquement sur la pathogénie et se contentent de rappeler que les lymphangiomes « ont une paroi fibro-musculaire limitée par une simple assise de cellules endothéliales ».

Dias, en 1938, signale que le microscope montre, « à côté de nombreux vaisseaux lymphatiques, des cavités lymphatiques dilatées, et des kystes de volume variable ».

En résumé, les kystes sont caractérisés histologiquement par une paroi conjonctive pouvant accessoirement contenir des fibres musculaires lisses et des follicules lymphatiques et tapissés intérieurement par un revêtement endothélial ; les cellules étant disposées sur une ou plusieurs assises.

II. *Les épiploïtes fibro-kystiques à type de lymphangiomes* se rapprochent tout à fait des lymphangiomes vrais ; on trouve généralement une dilatation régulière ou sinueuse des lymphatiques ; quelques-uns de ces espaces sont vides, d'autres remplis d'une substance granuleuse. Ils sont limités par un endothélium, mais par place les cellules sont entassées sur deux ou trois assises. Au-dessous de l'endothélium, structure conjonctive avec des vaisseaux sanguins et de nombreux lymphatiques néoformés, limités par un endothélium hypertrophié.

Les épiploïtes à type de kystes hématiques sont décrites dans l'observation de Rouffard. « Les cavités kystiques sont tapissées par des cellules cylindriques en une seule couche. Les parois sont formées par une membrane conjonctive plus ou moins épaisse de tissu réti-

culé, lâche, à cellules allongées. Ça et là se rencontrent des vaisseaux à lumière très large, à paroi très mince, constituée par du tissu conjonctif. Le revêtement épithélial de la surface kystique est plus ou moins cylindrique, généralement dégénéré. »

III. Les *dysembryomes* ont été individualisés par Foucault et Muratet. Nous donnons ci-dessous le résumé de leur protocole histologique : « Dans un premier ordre de faits, on constate l'existence d'un tissu fibromateux qui contient une grande quantité de gros vaisseaux ; les veines ont une importante musculature à fibres circulaires et longitudinales, les capillaires sont nombreux et leur lumière prend une importance considérable. Le tissu fibreux est à fibrilles fines et déliées, séparant des cellules musculaires lisses assez volumineuses, groupées en petits faisceaux et orientées en sens divers, suivant l'incidence de la coupe. Dans la partie moyenne de la région étudiée ; les coupes présentent un adénome thyroïdien vésiculaire. Les vésicules sont de taille variable, elles sont revêtues d'un épithélium cubique haut, à une seule couche de cellules, bourgeonnant parfois vers l'extérieur. Ces vésicules peuvent être isolées dans un stroma gélatiniforme contenant de très rares cellules conjonctives étoilées. La substance qu'elles contiennent est colloïde, acidophile, parfois rétractée et fissurée. En certains endroits, on note la présence de quelques faisceaux de fibres musculaires. Enfin, les coupes intéressant la périphérie de la pièce montrent un hémolympfangiome et des formations lipomateuses. Le tissu conjonctif interstitiel est lâche, avec quelques lymphocytes isolés ; dans ce territoire, les vaisseaux artériels à paroi épaisse ne sont pas rares. En somme, ce qu'il convient de retenir, c'est, d'une part, le développement des capillaires, la dilatation des cavités lymphatiques, la présence d'amas ganglionnaires caractéristiques des lymphangiomes de l'épiploon, et, d'autre part, la présence de vésicules revêtues d'un épithélium cubique haut, à type d'adénome thyroïdien. »

IV. Les *angiomes kystiques* ont été étudiés au point de vue histologique par Issalène et Jean Quénu. Le premier a noté que « la paroi fibreuse est formée de fibres conjonctives adultes, très serrées. Du côté externe, de très nombreux vaisseaux forment une véritable couche vasculaire ; au sein des fibres conjonctives, amas de cellules rondes, réparties irrégulièrement ». Le second constate qu'il s'agit « d'une tumeur vasculaire, avec des faisceaux conjonctifs fins, entre-

croisés, formant un réticulum dont la cavité est gorgée de globules rouges.

V. *Les kystes séreux ou hématiques* présentent généralement une paroi constituée par une bande épaisse, fibreuse, avec par place dépôt de cristaux de cholestérine. Il n'y a pas de revêtement épithélial sur la face interne. Telle est du moins l'opinion d'Oberlin.

Pour Cordero, au contraire, on doit distinguer deux sortes de kystes séreux ou hématiques, ceux présentant un épithélium à cils vibratiles, et ceux présentant seulement une ou plusieurs assises de fibres conjonctives. Il n'y a donc pas de caractères particuliers aux kystes de l'épiploon. Il est vrai, du reste, que les examens histologiques, dans cette catégorie sont relativement rares.

VI. *Les tumeurs kystiques*, enfin, n'ont pas de caractéristiques spéciales à leur localisation épiploïque. Généralement, comme le disent Litchkous et Koutassof, il s'agit d'un sarcome. Très rarement, comme dans le cas de Guérain, on a affaire à un endothéliome. Seule l'observation de Lecène et Lance est précieuse, car elle présente des anomalies qui n'ont pas été retrouvées dans les autres publications. En voici le résumé : « La face externe du kyste était recouverte par la séreuse péritonéale, la face interne était constituée par le tissu conjonctif de la paroi, infiltré de cristaux de cholestérine et d'hématoïdine. Au voisinage, grosses cellules et macrophages bourrés de pigments jaune rougeâtre. En un seul point on rencontra un très bel épithélium en palissade. Les cellules renfermaient toutes un noyau bien coloré situé à la base de la cellule ; le protoplasma était clair et renfermait du mucus vers le pôle libre. Cet épithélium rappelait tout à fait celui que l'on trouve dans les épithéliomas mucoïdes de l'ovaire et dans les tumeurs vilieuses de l'intestin. »

En somme, les seules particularités histologiques valant la peine d'être retenues concernent les lymphangiomes kystiques vrais et les dysembryomes.

Pathogénie.

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer la pathogénie des kystes épiploïques, et surtout des lymphangiomes. Les noms de Thouzard et Leroux, de Montgomery et Wolman et de Hall, sont surtout attachés à l'étude de cette question

« Si l'on excepte, dit Touzard, les très rares observations, où l'on a pu se demander s'il s'agit d'une dégénérescence kystique avec ramollissement central des ganglions lymphatiques, les hypothèses s'orientent vers deux directions : les lymphangiomes sont dus à une stase dans le système lymphatique pour les uns ; à un trouble embryogénique, pour les autres. »

Rokitansky affirme que la stase suffit à provoquer la dégénérescence kystique dans tous les cas ; mais, pour certains, il s'agit d'une obstruction mécanique en un point quelconque du système lymphatique ; telle l'expérience de Wagener qui, remplissant d'air la cavité abdominale d'un animal, réussit à faire pénétrer cet air dans les lymphatiques : ceux-ci s'obstruent, d'où formation de gros kystes à parois proliférantes. Schramm estime qu'un processus inflammatoire préside au développement des lymphangiomes : « l'exsudat en voie de formation sépare les feuillettes du grand épiploon et détermine une néo-formation kystique ». Pour Fisher, « d'un foyer inflammatoire peut surgir une infection générale à localisation élective sur l'épiploon ; il en résulte une obstruction des lymphatiques et une formation des kystes ».

Pour d'autres, au contraire, le processus inflammatoire agit directement pour provoquer l'oblitération : il détermine une lymphangite desquamative et proliférante ; l'endothélium proliféré produit d'abord une dilatation des espaces lymphatiques, puis en se desquamant obstrue les lymphatiques et la stase n'intervient que pour favoriser la dégénérescence kystique. De fait, le processus inflammatoire ne semble guère intervenir que pour la formation des kystes, Dowd ayant expérimentalement montré que la ligature du canal thoracique ne

provoque pas de formations kystiques, par suite des nombreuses anastomosees et collatérales qu'on rencontre dans tout le système chylifère. Aussi, un grand nombre d'auteurs considèrent ces kystes comme des tumeurs congénitales en employant ce terme dans le sens donné par Lannelongue et Achard, c'est-à-dire en supposant que les conditions déterminantes de leur formation existaient dès la vie utérine, et Sisk considère que ces kystes sont des vestiges embryonnaires qui n'auraient conservé que le pouvoir de former des vaisseaux lymphatiques. Il suppose une perturbation embryogénique de nature inconnue, avec isolement partiel d'un segment de lymphatique qui se développerait ultérieurement, doué alors d'une puissance anormale. Il estime que la présence de follicules lymphatiques est une extériorisation de la qualité embryonnaire du tissu lymphangiome, d'autant qu'on ne peut nier son analogie avec le tissu du lymphadénoïde de l'embryon : L'obstruction et la stase jouent un rôle, mais qui est secondaire et n'aboutit qu'à augmenter le volume des kystes. Mais ce qui reste inexpliqué, comme l'a noté justement Leène, c'est la cause de l'isolement d'un segment lymphatique. Descomps pense qu'il s'agit d'un « trouble évolutif au niveau des mésos d'accolement ».

Rouffart émit l'opinion qu'il s'agirait d'une hyperplasie colossale des éléments constitutifs de l'épiploon « de même nature que celle de ces bourgeons pédiculés pluricellulaires de l'épithélium, bourgeons qu'on observe parfois flottant librement dans la cavité péritonéale. Ces bourgeons sont considérés comme le produit d'une prolifération épithéliale localisée, liée à une inflammation légère de la séreuse, inflammation qui pourrait être en rapport avec une lésion organique du voisinage ». Mais, comme le fait très justement remarquer Rivé, les examens histologiques montrent très souvent l'absence des réactions inflammatoires. « Peut-être, ajoute-t-il, au sein du tissu mésenchymateux non encore indifférencié, où sommeillent les cellules incluses au cours du développement de l'embryon, une inflammation chronique jouerait-elle un certain rôle pour les faire sortir de leur léthargie. »

Montgomery et Wolman, en 1935, reprennent la question de la pathogénie des kystes et surtout des lymphangiomes. Ils rappellent les travaux de Seefisch sur l'origine des kystes analogues à celle des kystes du cordon, dus à la persistance et à l'exsudation du canal vagino-péritonéal, ceux de Girvin et d'Outerbridge pensant à une

compression d'ordre mécanique obstruant les canaux lymphatiques périvasculaires, d'où stase et dilatation, les cavités en formation croissant en volume et pouvant atteindre une grande surface. Ils donnent en détail la théorie de Fisher, sur la transformation fibreuse de l'épiploon, produite par une invasion, par hémotogénèse, de microorganismes, provenant généralement d'amygdales infectées. Ils discutent l'opinion de Rokitsansky, pour lequel, dans de nombreuses affections, comme la filariose et le cancer par métastase, l'occlusion de gros troncs lymphatiques peut occasionnellement produire des ectasies lymphatiques. Mais l'existence de nombreuses anastomoses dans le système lymphatique fait qu'ils ne lui accordent pas une grande valeur. Plus intéressant est le rappel que font les deux auteurs des recherches sur l'éléphantiasis de Reichert, Matas, Homans et Zollinger. Ceux-ci montrèrent que, pour produire une stase chronique de la lymphe, l'infection des tissus ou des veines, en plus de la compression mécanique, est indispensable et il s'y ajoute un œdème local des tissus environnants. Ils objectent, à cela, que l'atteinte épiploïque dans les affections inflammatoires pelviennes ne produit habituellement ni dilatation kystique ni lymphœdème. De même, l'infiltration fibreuse et lymphocytaire qui accompagne les kystes lymphatiques est expliquée comme une réponse cellulaire à la tension due au développement du kyste.

Pour Ribbert : « l'origine des lymphangiomes ne dépend pas d'un accroissement primitif du contenu, avec développement secondaire du kyste, mais d'un processus dans lequel les cellules limitatives et le contenu liquide s'accroissent simultanément. » Montgomery et Wolman concluent en disant que « il s'agit de véritables néoformations se développant par prolifération des éléments cellulaires de leurs parois, accompagnée d'une sécrétion des contenus kystiques ».

Hall, dans son article, rappelle les études de Nasse, Ribert, Sisk, et les expériences de Wagener. Mais il insiste surtout sur les recherches de Sabin, Huntington et Mc Clure, repris par Singleton et Albert. Ces auteurs établissent le fait que le développement des vaisseaux lymphatiques commence par un ramollissement dans un centre déterminé, d'où se développent en dehors des vaisseaux vascularisant une surface précise. L'inflammation ou la suppression d'un de ces centres n'arrête pas cette vascularisation, qui est faite alors par les vaisseaux des surfaces avoisinantes, amenant une irri-

gation de suppléance ». Ces travaux sembleraient s'accorder avec les tendances modernes sur les structures lymphatiques, glandulaires et vasculaires, tendant à s'accroître en nombre, en siège et en activité, afin de lutter contre les agents irritatifs, traumatiques, chimiques, bactériologiques et toxiques. Ces vaisseaux et ces glandes auraient également le pouvoir de retourner à leur état normal, au point de vue siège et distribution ; dès que l'agent causal est détruit ou extirpé.

Telles sont les différentes théories émises sur la pathogénie des kystes de l'épiploon ; nous nous sommes contentés de les exposer sans prendre partie et nous nous bornons à faire nôtre la conclusion de Touzard : « Il est bien évident, dit-il, qu'on ne saurait rien affirmer en de tels sujets, et tout ce que l'on peut croire, c'est qu'il s'agit de tumeurs qui doivent être rattachées à une anomalie de développement du système lymphatique. Encore, le terme de tumeur est-il combattu par de nombreux auteurs, qui, tout en reconnaissant la néoformation de cavités, pensent que ces kystes sont avant tout des malformations et, comme le dit Ombrédanne, tout au plus à la fois des malformations congénitales caractérisées par l'ectasie, et des néoplasmes, par le fait qu'ils sont susceptibles d'accroissement par néoformation des cavités. »

Symptomatologie.

L'absence de symptômes fonctionnels avait été considérée par Péan comme un signe particulier des tumeurs du grand épiploon. Il admettait que les seuls symptômes constatés apparaissent tardivement et résultaient, soit du volume considérable de la tumeur, d'où phénomènes de compression (constipation et dyspnée), soit de la nature maligne (cachexie). Mais il y a bien des réserves à faire à ce sujet. En réalité, les kystes évoluent de manière si irrégulière et offrent des caractères si différents, qu'il est presque impossible de tracer un tableau d'ensemble des caractères cliniques.

On peut, très arbitrairement, diviser les signes en trois périodes : période de latence, période de début, période d'état.

1^o *Période de latence.* — Celle-ci est caractérisée par l'absence de signes fonctionnels et physiques. Cette période est variable et souvent très longue. Elle peut s'étendre sur plusieurs années et il peut arriver que le kyste soit toujours latent et ne soit qu'une découverte d'autopsie (Gairdner) ; ou une surprise opératoire (5 cas pour Montgomery et Wolman).

2^o *La période de début* est très insidieuse. Il s'agit de douleurs abdominales vagues, sans siège précis, et ces signes sont si légers qu'ils ne retiennent pas l'attention du malade. Le volume du ventre augmente lentement, progressivement, sans que souvent il soit possible de percevoir la moindre tumeur. Cette période peut durer des mois et même des années. On peut dire que cette douleur est le seul signe fonctionnel important des kystes de l'épiploon. Elle est ordinairement diffuse à l'abdomen, sans siège précis. Parfois, elle se localise plus ou moins nettement dans une zone déterminée : épigastre, hypogastre, fosse iliaque droite ou gauche. Rarement continue, il s'agit plus souvent de poussées douloureuses plus ou moins nettes. Elles se traduisent par une sensation de gêne, de pesanteur, de tension ; comme dans l'observation de Guillemot et Leveuf. Pour

Guérain, elles sont dues à la réaction du péritoine au contact de la tumeur, réaction qui aboutit à la péritonite plastique, à la formation d'adhérences que l'on trouve presque toujours au cours des opérations. Montgomery et Wolman signalent dans leur statistique 11 cas débutant de cette façon.

Dans certains cas, le début commence brusquement, par des phénomènes douloureux (Talbot, Gooding, Hollemann). Cette forme est surtout nette dans l'observation de Fèvre et Bertrand où les douleurs abdominales étaient vives, accompagnées de diarrhée et d'une température de 39°.

3° *A la période d'état*, on voit se surajouter des phénomènes gastro-intestinaux. Les vomissements sont signalés dans les observations de Mathews, Gooding, Boyd ; la constipation dans celles de Cordero, Laurenti et Ryan. Elle survient presque toujours chez les adultes âgés. La diarrhée n'est signalée qu'une fois (Dewilsky et Morosov). Dans certains cas, les vomissements surviennent après les repas, avec une certaine régularité : pour Bonamy, il faut les attribuer à « la traction de la tumeur sur la grande courbure, par l'intermédiaire du tablier épiploïque ».

Un autre signe fonctionnel signalé, c'est la sensation de pesanteur dans la vessie et la fréquence des mictions ; Hearn a insisté sur ce fait.

A cette période où la tumeur a atteint un volume souvent considérable, il se produit des phénomènes dyspnéiques et des troubles du fonctionnement cardiaque par refoulement diaphragmatique, comme l'ont parfaitement signalé Marfan, Mathews et Ryan. Dans 6 cas de Montgomery et Wolman, la dyspnée d'effort était particulièrement accentuée.

L'état général commence à être atteint à cette époque, comme dans les cas de Mathews, Guillemot et Leveuf, Marfan, Jerlov et les deux observations de Montgomery et Wolman, celles de Dias et de Hall. Le malade est amaigri, déprimé, anémique. L'anorexie est fréquente chez les enfants. Une forte perte de poids est signalée par 24 auteurs. Il peut y avoir de la température, atteignant ou dépassant 38°5, quelquefois à allure oscillante (Brette et Duval, Fèvre et Bertrand, Speese, Guillemot et Leveuf).

Si les signes fonctionnels ne donnent, en somme, que peu d'indications, par contre, les signes physiques permettent dans la plupart des cas le diagnostic de tumeur kystique, par suite de la présence d'une masse importante qui augmente le volume du ventre et attire

l'attention. Le ventre est gros, énorme même : 1 m. 10 de circonférence à la hauteur de l'ombilic, dans le cas de Hearn ; 1 m. 16 dans celui de Gifford ; la paroi distendue, dit Hasbrouck, semble sur le point de céder. Il est rare que la distension soit légère ou que la tumeur détermine une voussure nettement localisée. La plupart du temps, il n'y a pas d'ascite, pas de circulation collatérale, l'ombilic n'est pas déplissé. Cependant, ces signes sont signalés par plusieurs auteurs, en particulier Marfan, Fisher, Péan, Montgomery et Wolman ; ils témoignent de troubles de la circulation profonde et ajoutent à la difficulté du diagnostic ; dans ce cas, il y a une déformation importante de la paroi qui est refoulée en avant, comme dans un kyste de l'ovaire.

A la palpation, la tumeur est sentie, soit dans la région ombilicale, soit surtout dans la région sous-ombilicale, ce qui correspond aux localisations habituelles de la tumeur, au-dessus ou au-dessous du côlon transverse ; dans l'observation de Frank, elle est mi-sus-, mi-sous-ombilicale. Si la tumeur est encore petite elle ne présentera pas un siège médian, entre l'ombilic et le pubis, mais sera plutôt latérale ou à prédominance latérale ; soit dans la fosse iliaque droite (Rouiller), soit plus souvent dans la fosse iliaque gauche (Touzard) ; soit dans la région hypogastrique gauche (Péan), ou dans la région lombaire droite (Rose). Dans des cas plus rares, elle plonge jusque dans l'excavation pelvienne (Copello, Jerlov, Iselin) ou peut-être péri-utérine et n'être sentie que par le toucher vaginal (Kirschberg), ou se trouver dans le cul-de-sac de Douglas (Hollemann). Elle est superficielle, placée immédiatement en arrière de la paroi abdominale, directement en avant de la masse intestinale. Le volume est variable et ses dimensions varient de celle d'un œuf de poule à celle d'un utérus à terme. Elle est ronde, superficielle, régulièrement arrondie ou ovale, lisse, tantôt indolore, tantôt sensible à la palpation. La tumeur est d'une rénitence telle qu'il s'agit manifestement d'une collection liquide. La sensation de flot n'est obtenue qu'assez rarement (Braithwaite, Mathews, Marfan). Par contre, Laurenti, Outerbridge, Fisher, observent que la tumeur se présentait avec les caractères d'une dureté importante. Marinacci perçut un frémissement hydatique qui lui fit porter à tort le diagnostic de kyste hydatique. Exceptionnellement, la tumeur est pulsatile, lorsque, placée sur la ligne médiane, elle paraît douée d'expansion.

Le signe cardinal des kystes du grand épiploon est leur excessive mobilité. Ce signe est particulièrement bien étudié par Bernardet : « La tumeur était si mobile qu'on pouvait la faire passer de l'hypocondre à la fosse iliaque gauche, puis dans la région appendiculaire, puis sous le foie, enfin la ramener à son point de départ. Si on l'abandonnait en un point quelconque de l'abdomen, elle revenait d'elle-même au bout d'un temps assez long occuper sa place primitive. » Cependant, pour certains auteurs, cette mobilité peut être limitée, soit latéralement, soit vers le bas (Ryan et Laurenti). Cette mobilité peut servir de diagnostic : Frank fait mettre au moment d'opérer, son malade en position de Trendelenburg : la tumeur tomba du pelvis au diaphragme, montrant que son origine n'était pas pelvienne. Cette mobilité peut être très limitée et même supprimée dès que le kyste atteint un certain volume, ou qu'il contracte de fortes adhérences. Il y a indépendance avec les mouvements respiratoires, sauf dans une des observations de Markoe et Mc Pherson.

La tumeur est d'une matité absolue sur toute sa surface, au contraire des kystes du mésentère en avant desquels une bande de sonorité témoigne l'existence d'une masse intestinale interposée entre le kyste et la paroi. L'intestin est refoulé vers les régions épigastrique et hépatique. La matité est fixe, indépendante de la position du malade ; elle prend parfois une extension remarquable ; elle occupe en même temps les flancs et la région médiane de l'abdomen ; elle remonte jusqu'à l'épigastre, qui seul est resté sonore et qui dessine la limite inférieure de sa sonorité sous forme d'un croissant à concavité supérieure. Elle envahit même parfois la région épigastrique, et alors tout l'abdomen est mat, d'une matité absolue, sans aucune zone de sonorité (Young, Fort).

Rappelons enfin quelques signes rarement rencontrés et communs aux tumeurs liquides et solides de l'épiploon : le déplacement spontané coïncidant avec le péristaltisme intestinal (Reiss), la dépression du creux épigastrique dans le cas d'adhérence à la paroi abdominale antérieure, quand on tente d'abaisser la tumeur (Slaviansky), le déplacement de la rate vers la ligne médiane, par tiraillement du ligament colo-splénique.

Il sera bon d'autre part de faire un toucher vaginal chaque fois que le kyste plonge dans l'excavation pelvienne ; il permet de se rendre compte si la tumeur est indépendante des organes génitaux

et même de sentir une masse épiploïque, inaccessible au seul palper abdominal (Kuschberg, Jerlov, Iselin, Copello).

La ponction a été pratiquée par 20 auteurs, soit une proportion de 15,03 % des cas. Certains la firent à plusieurs reprises : Pybus 5 fois ; Marsh et Monsarrat « à plusieurs reprises » ainsi que Schwartzenberg et Doran. Ryan fit 3 ponctions ; Marfan, Bergmann, Jacobi et Mathews ponctionnèrent leurs malades à deux reprises. Les autres ne firent qu'une ponction avant l'intervention, ce sont : Spencer, Wellbs, Segond, Hearn, Bidwell (qui retira 18 litres), Fort, Sabella, Borchers, Masmonteil, Bloodgood et Ladd. Le petit nombre de ces auteurs s'explique par le fait que c'est un procédé à rejeter en raison des dangers auxquels il expose, et que l'examen du liquide n'a jamais donné un renseignement précis.

Des examens radiologiques ont été faits par 11 auteurs afin d'obtenir des précisions au point de vue diagnostic ; nous les avons résumés dans le tableau ci-dessous :

Radioscopie seule : Ryan, pas de renseignements.

Jackson	—
Dias	—
Hall	—

Oudard, après insufflation du côlon et repas bismuthé, existence d'une tumeur abdominale avec maximum d'opacité dans la région péri-ombilicale.

Rivé, existence d'une tumeur abdominale.

Radiographie seule : Rochard, pas de renseignements.

Masmonteil : dans l'hypocondre gauche, masse opaque de limites indéterminées, et gros intestin, de forme rappelant le dolicho-côlon.

Webb Johnson, pas de calculs dans la région rénale ; dans le bassin, ombre de forme inégale du volume d'une prune, sans rapport avec l'uretère.

Radioscopie et radiographie :

Brette et Duval, pas de renseignements.

Lavement baryté : Guillemot et Leveuf : le côlon se remplit normalement, le cæcum est légèrement refoulé en haut et à droite.

Ces examens n'apportent, en somme, aucune lumière pour le diagnostic.

Les examens de laboratoire ont été pratiqués 11 fois également, soit une proportion de 8,27 %. Nous ne signalons pas les résultats des examens d'urines qui ne donnent aucun renseignement intéressant. Les examens de sang, par contre, apportent des précisions utiles. Signalons d'abord que seuls, Masmonteil et Brette et Duval, notent le résultat de réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht, qui se sont révélées négatives. Par contre, les autres auteurs ont examiné le sang au point de vue quantitatif et qualitatif. Leurs résultats sont réunis dans le tableau ci-dessous :

Brette et Duval = leucocytose avec 77 % de polynucléaires.

Oudard = leucocytose marquée, avec 62 % de polynucléaires neutrophiles.

Jackson = résultats sensiblement normaux avec hémoglobinémie, de 80 %.

Fisher = éosinophilie sanguine de 2 %.

Dias = hémoglobinémie = 70 %.

lymphocytes 20 %.

grands et moyens mononucléaires 46 %.

polynucléaires neutrophiles 28 %.

éosinophiles 4 %.

poikilocytose avec polychromatophilie.

Speese = 20.000 leucocytes avec 80 % de polynucléaires.

Lawrence = 1200 globules blancs avec 82 % de polynucléaires.

Ladd = 10.500 globules blancs.

Montgomery et Wolman = globules rouges 3 360.000.

globules blancs, 11.400.

hémoglobine, 55 %.

Hall = globules rouges, 4.300.000.

globules blancs, 4.350.

lymphocytes, 4 %.

mononucléaires, 8 %.

polynucléaires neutrophiles, 64 %.

éosinophiles, 4 %.

En somme, leucocytose, avec polynucléose et légère diminution du taux de l'hémoglobine.

En résumé, les renseignements cliniques sont vagues et disparates ; seules la matité et la mobilité de la tumeur sont des indices précieux ; la radiologie et les examens de laboratoire n'apportent, de leur côté, aucun appui pour le diagnostic.

Évolution. Complications. Pronostic.

L'évolution est lente, progressive. Le kyste augmente de volume par poussées qui se traduisent cliniquement par des phénomènes douloureux plus ou moins sérieux. Le kyste pourrait ainsi continuer à se développer, si des complications, dues précisément à son volume, n'amenaient pas le malade à se faire opérer.

L'ascite traduit simplement l'irritation de la séreuse péritonéale. Sa signification est banale. Elle n'est signalée que par Guérain, Péan, Marfan, Bergmann, Hasbrouck. C'est dire son peu de fréquence.

Il peut survenir au cours de l'évolution de certains kystes des *crises douloureuses aiguës*, si violentes que l'on pose le diagnostic d'appendicite aiguë (Wyatt), de perforation ou de péritonite aiguë (Mathews, Peterson, Cordero, Jackson, Péan, Marinacci, Rochard, Bernadet). Dans l'observation de Mathews, par exemple, il y eut pendant trois jours une crise douloureuse, à siège épigastrique, avec vomissements et température à 39°. — Peterson constata dans son cas, à la partie inférieure du ventre, une contracture de bois, qui lui fit porter le diagnostic de péritonite. Péan observe du tympanisme douloureux qui céda en quelques jours pour se répéter ensuite plusieurs fois. Marinacci rapporte que sa malade présenta une violente crise abdominale généralisée d'emblée, qui, dans les heures suivantes, sembla se localiser dans l'hypocondre gauche. — Pour Touzard, « tous ces accidents semblent devoir être rattachés à l'inflammation du kyste et surtout à une poussée de péritonite plastique péri-kystique ».

La rupture du kyste est signalée trois fois. Dans l'observation de Doran, le kyste s'était rompu et reformé deux ans avant l'intervention opératoire. — Dans celle de Cotman, le kyste communiquait par une étroite ouverture avec la face postérieure de l'estomac. — Dans celle de Young, le kyste se serait rompu après l'intervention, mais l'hypothèse de l'auteur peut être discutée. — Enfin, Rouiller,

dans son observation, parle de rupture spontanée, suivie de péritonite mortelle, mais les renseignements donnés sont trop imprécis.

La *torsion* du kyste, considérée comme exceptionnelle par Tournard et par Dias, a été trouvée 6 fois par Montgomery et Wolman. Nous l'avons trouvée 10 fois sur 133 cas, soit une proportion de 7,51 %. Elle est signalée et vérifiée à l'intervention et à l'autopsie, par : Mathews, Dujarier (double torsion), Girvin, Laurenti, Rouffard, Bernadet, Peterson, Speese, Lawrence et Ladd.

Comme *complications exceptionnelles*, signalons : un cas de pleurésie droite (Guérain) ; une obstruction intestinale (Cordero) ; une occlusion intestinale (Jackson). Aucune observation ne signale de dégénérescence maligne.

Il semble donc que les complications soient rares et proviennent avant tout du volume de la tumeur. Celle-ci évolue lentement pendant de longues années.

Il s'ensuit que le pronostic doit être, en général, considéré comme bon. Il est exceptionnel du reste que le malade ne se fasse pas opérer. Nous ne pouvons citer que le cas de Talbot concernant un homme de 58 ans dont la tumeur se développa assez rapidement et qui finit par succomber.

Même après intervention chirurgicale, et même si l'opération a été faite d'urgence pour un accident aigu, comme la torsion par exemple, le pronostic immédiat est bon. Guérain ne compte qu'un seul mort dans sa statistique. — Montgomery et Wolman, 2 morts sur 53 cas. Personnellement (les découvertes d'autopsie étant bien entendu mises à part) nous arrivons à un total de 17 morts pour 133 cas, soit une proportion de 12,78 %, nettement supérieure aux autres statistiques. Le décès est survenu de la façon suivante :

Mort des suites de l'intervention : 3 cas, Cotman (quelques heures chez un malade atteint de maladie mitrale).
Rush (2^e jour).
Cordero (6^e jour).

Mort subite : 1 cas, Gairdner.

Mort par tuberculose : 2 cas, Rouiller (douteux).

Kirchberg (tuberculose pulmonaire).

Mort par phlébite postopératoire et hémorragie secondaire : 1 cas, Nash.

Mort de choléra : 1 cas, Simon.

Mort d'anasarque : 1 cas, Lancereaux.

Mort d'acidose : 1 cas, Speese.

Mort de pneumonie : 1 cas, Laurenti.

Pas de précision : 6 cas, Talbot, Rouiller, Gallemaert, Henke, Borst, Karas.

En relevant les causes dues uniquement à l'intervention (les malades de Cotman, Rouiller et Kirchberg, présentant déjà des affections organiques et le cas de Simon étant par trop spécial), nous constatons que la mortalité postopératoire n'est que de 7 sur 133, soit une proportion de 5,26 % qui se rapproche ainsi beaucoup plus de la statistique de Montgomery et Wolman.

Formes cliniques.

Comme nous l'avons vu, les signes cliniques sont assez vagues, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue physique. Ceci pourrait nous entraîner à décrire un nombre infini de formes cliniques, sans aucun intérêt. Nous nous sommes efforcés de relever les observations semblant montrer quelques caractéristiques spéciales qui nous permettent de les individualiser et d'expliquer pourquoi certaines erreurs ont pu être commises au point de vue diagnostique.

I. — *Formes suivant le siège.*

1. *Forme abdominale.* C'est la forme classique, avec tumeur généralement arrondie, à grand axe vertical, médiane, assez bien limitée, mate dans toute son étendue. On la trouve dans 54 observations.

2. *Tumeur du flanc droit.* Décrite par Gooding et Keen.

3. *Tumeur du flanc gauche.* Rencontrée 5 fois, par Rouiller, Bush, Mathews, Jerlov et Rau.

4. *Tumeur de l'épigastre,* décrite par Segond, Bergmann et Young.

5. *Forme pseudo-ascitique.* Plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, avec un abdomen tendu, vergeturé, donnant la sensation de flot, tranchant par son volume avec la maigreur du reste du corps. On la rencontre dans les observations de Péan, Marfan, Jacobi, Boyd, Schwartzenberger, Bloodgood et Halsted.

6. *Forme pelvienne.* Révélée souvent au toucher vaginal ou rectal, située entièrement ou en partie dans l'excavation. Tels sont les cas de Jerlov, Kirchberg, Copello, Rivé. On peut placer dans ce groupe certaines formes caractérisées par la prédominance plus accentuée d'un signe ou d'une localisation.

a) *Forme ressemblant au kyste de l'ovaire* dont elle présente tous les signes cliniques, le diagnostic n'étant fait qu'à l'intervention.

Elle est décrite 11 fois en particulier par Litchkous, Markoe et McPherson et Rose.

b) *Forme pseudo-fibromateuse* individualisée par Outerbridge et Fitz.

II. — *Formes suivant l'évolution.*

a) *Forme pseudo-appendiculaire.* Tous les signes étant ceux d'une appendicite aiguë, d'où le plus souvent intervention d'urgence. Tel est le tableau que nous trouvons dans les cas de Girvin, Marinacci, Fèvre et Bertrand, Brette et Duval, Wyatt.

b) *Forme douloureuse* caractérisée par des crises abdominales survenant par poussées et caractérisées parfois par une nouvelle augmentation du volume de l'abdomen.

On la rencontre onze fois, les cas les plus typiques étant ceux de Guillemot et Leveuf, de Bernadet, de Speese.

c) *Forme à type péritonite tuberculeuse.* Evolution par poussées, avec accès de température, ascite, amaigrissement du reste du corps, faisant croire à l'existence d'une péritonite tuberculeuse, d'autant plus que la tumeur n'est pas découverte, malgré un examen clinique minutieux (7 observations).

III. — *Formes suivant certaines localisations.*

a) *Formes à symptômes herniaires,* le diagnostic n'étant fait qu'à l'opération et sur laquelle ont insisté Dujarier, Markoe et McPherson. Issalène, Foucault et Howe.

b) *Formes à symptômes vésicaux* que nous trouvons dans deux observations, celle de Simon et surtout celle de Talbot où les signes de dysurie étaient au premier plan.

c) *Forme à symptômes d'occlusion intestinale,* rencontrée une seule fois (Cordero).

IV. — *Formes selon l'étiologie.*

Nous ne décrivons que la forme *d'origine traumatique* (chute, coup sur l'abdomen, tamponnement, etc.), où l'on peut placer les cas de Rouiller, Cotman, Rochard, Oberlin, Nash et Chalié.

V. — Enfin, *selon l'âge,* citons la forme de l'enfant et celle de l'adulte sur lesquelles nous n'insisterons pas, car toutes deux présentent sensiblement les mêmes symptômes cliniques.

Diagnostic.

« On sait de quelle difficulté est le diagnostic des tumeurs abdominales. Les kystes du grand épiploon ne font pas exception à cette règle. De fait, ce diagnostic est presque impossible avant l'opération ; il n'y a pas un seul cas où le lymphangiome kystique ait été diagnostiqué avant l'opération. »

Ces phrases de Touzard, écrites en 1934, sont presque intégralement toujours exactes. Rappelons que dès 1911 et 1912, Stillmann et Rochard avaient insisté sur l'extrême difficulté du diagnostic, et Aimes s'était associé à ces conclusions. En 1921, Oherlin, dans son étude sur les kystes hématiques, avait relevé les erreurs suivantes de diagnostic :

- 4 fois, péritonite tuberculeuse,
- 4 fois, kyste de l'ovaire,
- 3 fois, kyste du mésentère,
- 2 fois, kyste d'origine inconnue,
- 1 fois, péritonite simple,
- 1 fois, kyste hydatique du foie,

Montgomery et Wolman et Hall, montrent que sur 50 cas de lymphangiome, le diagnostic exact a été posé une fois. Dias, dans sa remarquable observation, montre pour quelles raisons il pense à un kyste du grand épiploon. Il ajoute que, de son côté, Gerrish (dont il nous a été impossible à notre vif regret de nous procurer l'article) a fait un diagnostic exact deux fois sur deux. Personnellement, sur nos 133 cas, des hypothèses différentes ont été émises pour 118 d'entre eux, les 15 autres concernant des autopsies, ou des cas de mort avant diagnostic.

Nous avons établi le tableau suivant :

Pas de diagnostic	25 ou 21,18 %
Kyste de l'ovaire	24 ou 20,33 %
Tumeur abdominale indéterminée	14 ou 11,86 %

Ascite	9
Péritonite tuberculeuse	7
Kyste du mésentère	5
Tumeur kystique indéterminée	5
Tumeur de l'Épiploon	4
Appendicite aiguë	4
Myofibrome de l'utérus	3
Hernie inguinale	3
Kyste du pancréas	2
Kyste hydatique de l'abdomen	1
Kyste hydatique du foie	1
Kyste du rein	1
Tumeur du rein	1
Cirrhose	1
Kyste à point de départ inconnu	1
Tumeur maligne du péritoine	1
Epiplocèle irréductible	1
Kyste du grand épiploon	5

Ce diagnostic a donc été posé seulement 5 fois exactement, soit une proportion de 4,25 %. Encore faut-il préciser que Oberlin hésitait entre kyste du grand épiploon et du mésentère ; Brighain, entre kyste du grand épiploon et de l'ovaire : Arzela, entre kyste du grand épiploon et du mésentère. Seuls Hearn et Dias furent nets dans leurs conclusions. Si l'on ajoute les deux cas de Gerrish dont nous ne tenons pas compte dans notre statistique, puisque nous ne pouvons les publier, nous obtenons 4 diagnostics exacts, proportion très rapprochée de celle de Montgomery et Wolman.

Pour Péan et Tillaux, il existe certaines caractéristiques qui doivent faire penser à une tumeur épiploïque : « Outre les tumeurs du mésentère, dit Péan, il n'y a guère que les tumeurs utérines et les épiploïtes qui présentent de bonne heure la situation médiane, mais sans nous arrêter aux troubles fonctionnels, les tumeurs utérines s'accroissent de bas en haut et ne font pas leur principale saillie à l'ombilic. Les tumeurs épiploïques offrent presque toujours une disposition étalée, tandis que celles du mésentère sont mieux limitées et habituellement globuleuses ou marronnées. En les percevant, on obtient un peu de sonorité profonde due aux anses intestinales sous-jacentes, à moins qu'une collection ascitique ne vienne masquer ce signe. »

Tillaux indique que les tumeurs épiploïques ne sont pas recouvertes par les anses intestinales et il distingue les tumeurs de l'espace intrapéritonéal et celles de l'espace sous-péritonéal. Pour la plupart des auteurs, trois points principaux sont à rechercher : le siège superficiel de la tumeur, l'absence de troubles fonctionnels, la mobilité très grande, mais limitée vers le bas.

En présence d'une tumeur abdominale, le diagnostic doit être conduit de la façon suivante : S'agit-il d'une tumeur ? La tumeur est-elle sus-ombilicale ou sous-ombilicale ? Si c'est une tumeur de l'épiploon, s'agit-il d'un kyste ?

I. *S'agit-il d'une tumeur ?*

Chez l'adulte, mais surtout chez l'enfant, on éliminera avant tout *l'ascite tuberculeuse*, erreur fréquente, d'autant plus que la minceur des parois du kyste lui permet de s'insinuer dans tous les coins de la cavité abdominale et de simuler un épanchement libre ; de plus, on n'a pas toujours la sensation d'un liquide enkysté. Remarquons cependant que la péritonite tuberculeuse est rare avant 4 ans. La matité de l'ascite varie suivant la position du malade ; l'état général est médiocre, la cuti-réaction, si elle est positive chez un tout jeune enfant, a une grosse valeur diagnostique. Mais l'erreur est toujours difficile à éviter, comme le montre l'observation de Young.

En cas de forme à début aigu, on éliminera *l'appendicite* et cela sera d'autant plus difficile qu'on peut être en présence de température, de vomissements et de contracture abdominale.

II. *C'est une tumeur. Siège-t-elle dans le grand épiploon ?*

C'est avec le *kyste de l'ovaire* que l'erreur est fréquente quand la tumeur se développe chez un malade du sexe féminin, surtout si le kyste est bas situé. Il faut établir que la tumeur a une origine pelvienne dans un cas, abdominale dans l'autre. Les signes donnés par les auteurs pour arriver à ce résultat, sont tirés : d'une part, de la différence des mouvements passifs que l'on peut imprimer aux deux variétés, les kystes épiploïques s'abaissant difficilement et se relevant facilement ; d'autre part, du développement qui se fait de haut en bas pour les kystes épiploïques et de bas en haut pour les kystes de l'ovaire. Mais ce dernier signe peut être en défaut lorsque le kyste de l'épiploon a son point de départ assez bas, dans la portion sous-colique du tablier épiploïque et se déve-

loppe en remontant peu à peu vers l'ombilic : l'observation de Gooding en est un frappant exemple.

Le diagnostic avec les autres tumeurs de l'abdomen est également malaisé et pour la clarté de l'exposition, nous envisagerons deux groupes de faits, suivant que la tumeur est sus ou sous-ombilicale.

I. — *La tumeur est sus-ombilicale :*

Le *kyste hydatique du foie* est facilement reconnu, car sa matité se continue avec celle du foie, sans interposition sonore. Le frémissement hydatique est un signe pathognomonique, au point qu'il a fait faire une erreur de diagnostic à Marinacci qui a trouvé ce signe dans un kyste de l'épiploon ; la notion de poussées d'urticaire, d'état de choc, d'éosinophilie sanguine, aident considérablement au diagnostic ainsi que l'intradermo-réaction de Casoni.

Le *kyste du pancréas* siège dans la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane ; il suit dans une certaine mesure les mouvements respiratoires. L'amaigrissement rapide, les signes de déficit pancréatique, les vomissements incoercibles, permettent, quand ils existent, le diagnostic. Ces kystes sont excessivement douloureux, de volume peu marqué, de consistance ferme. La tumeur est le plus souvent immobile, elle est mate à la percussion, mais cette matité a été précédée pendant un temps plus ou moins long, par de la sonorité, avant que la tumeur ne soit venue se mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure.

La distinction avec *les tumeurs de la rate* n'est pas toujours facile. Elles sont placées en arrière et s'enfoncent dans l'hypocondre gauche. Elles se déplacent légèrement en bas, sous l'influence de mouvements respiratoires et, au cours de cet abaissement, la main peut arriver à sentir, sur une plus ou moins grande étendue, le pourtour de la rate dont la forme générale est ordinairement conservée.

Les *kystes rétro-péritonéaux* sont séparés de la paroi par une zone tympanique due à l'interposition de l'estomac. Ils sont rarement douloureux et ne sont jamais mobiles.

Les *anévrismes de l'aorte abdominale* ne prêtent à confusion que dans le cas où le kyste épiploïque est placé sur la ligne médiane et transmet les battements de l'aorte. Mais lorsqu'il s'agit d'un anévrisme, l'auscultation fait entendre un souffle ou double souffle.

D'autre part, le pouls fémoral est affaibli et en retard sur le pouls radial.

II. — *La tumeur est sous-ombilicale.*

Le kyste du rein siège sous les rebords costaux, ce n'est pas une tumeur superficielle ; il est recouvert d'une zone de sonorité ; en arrière on a le contact lombaire.

L'hydronéphrose présente les mêmes caractères ; de plus les débâcles urinaires amènent une diminution de la tumeur. La cystoscopie et surtout le cathétérisme des uretères peuvent fournir un appoint au diagnostic que confirmera la pyélographie.

Le rein mobile ne forme pas de tumeur superficielle, sa consistance est ferme. Malgré sa mobilité très grande, il ne peut passer de l'autre côté de l'abdomen. Lorsqu'il est descendu, la fosse lombaire qu'il devrait occuper est vide.

Le kyste du mésentère est très souvent confondu avec celui de l'épiploon ; il est d'ailleurs plus fréquent que celui-ci. Il provoque souvent de gros troubles fonctionnels gastro-intestinaux, en particulier des vomissements facilement incoercibles, une constipation opiniâtre allant jusqu'à l'obstruction et même à l'occlusion intestinale. La mobilité des kystes du mésentère est très grande dans tous les sens. Ces kystes sont péri-ombilicaux et siègent de préférence à droite de la ligne médiane. Entre eux et la paroi, on trouve la masse intestinale grêle, de sorte que la percussion dénote une zone de sonorité en avant de la tumeur. Ce signe est pathognomonique des kystes du mésentère.

Les kystes de l'ouraque sont très rares, de petit volume et peu mobiles. Il n'existe pas de mobilité verticale et la mobilité transversale est limitée.

III. — *C'est une tumeur de l'épiploon. Est-ce un kyste ?*

Le lipome, qui est assez fréquent, est parfois fluctuant, ou pseudo-fluctuant, mais il est lobé, irrégulier, sa mobilité disparaît rapidement. Il s'agit quelquefois d'un lipome du mésocolon transverse, comme le cas de Bergougnan.

Le kyste hydatique de l'épiploon est le plus souvent secondaire à un kyste hydatique du foie. S'il est primitif, ce qui est très rare, il est multiple, disséminé sur tout l'épiploon, de petit volume, prenant parfois l'aspect de tubercules miliaires (Munaret, Brousses, Bourde). Le kyste est caractérisé au microscope par une membrane cuticulaire,

puis prolifère granuleuse, avec liquide eau de roche contenant des vésicules-filles et des scolex invaginés.

Les tumeurs vasculaires sont des amas volumineux constitués par des vaisseaux sanguins énormes, par du tissu érectile, par quelques vestiges de trame épiploïque (Peyrot). Dans les cas de Ricard et de Lucas-Championnière, la tumeur coexistait avec d'autres tumeurs abdominales.

Les tumeurs malignes solides sont, soit des fibro-sarcomes, soit des fibro-lipo-sarcômes. Pour Strauss, la douleur est constante, il y a coexistence d'ascite dans les 2/3 des cas ; le malade présente des troubles digestifs et des signes de compression de l'estomac, de l'intestin, de la veine cave inférieure (œdèmes). Dans le cas de Gould, on intervint cependant avec succès. Ne pas oublier que de telles tumeurs peuvent se rencontrer chez l'enfant (Tavers et Magano, Sugers).

IV. — *Quelle est la nature du kyste de l'épiploon ?*

Il est absolument impossible de le préciser par l'examen clinique. Seule l'intervention chirurgicale et l'examen histologique permettront de résoudre ce problème.

Ainsi donc, dans l'ensemble des diagnostics des tumeurs de l'abdomen, celui des kystes de l'épiploon paraît être l'un des plus obscurs. La plupart du temps les hypothèses les plus diverses sont émises et nous donnerons comme exemple, pour terminer, l'observation de Masmonteil. L'enfant fut examiné par 9 médecins qui émirent les diagnostics suivants : syphilis hépatique ; insuffisance polyglandulaire ; rétention d'urine ; mégacôlon ; dolicho-côlon sigmoïde ; hydronéphrose ; tumeur du testicule avec carcinose péritonéale ; péritonite bacillaire ; kyste d'origine inconnue. Enfin l'indication opératoire fut posée avec le diagnostic purement symptomatique d'ascite hémorragique.

Traitement.

Le traitement logique est l'intervention chirurgicale, seule méthode qui offre toute garantie d'une guérison rapide et définitive. L'opération est généralement facile, surtout dans les cas de kystes libres marginaux, annexés à l'épiploon. Celui-ci peut se laisser libérer par un simple clivage à la main, sans aucune ligature (Oberlin, Guillemot et Leveuf). Mais l'extirpation est parfois difficile par suite du volume du kyste, et surtout de ses adhérences à l'épiploon, à l'estomac, à l'intestin, à la vessie. Il faut parfois réséquer l'épiploon en totalité ou en partie, mais si étendue que soit cette résection, elle n'a jamais de suites graves, comme dans le cas de Franck, où « le kyste était si adhérent à la vessie qu'il fallut le disséquer aux ciseaux ». De même dans l'observation de Wakefield.

C'est pourquoi, en raison d'adhérences intimes au tractus digestif, certains auteurs ont pu recourir à la *marsupialisation*. C'est ce que fit Marinacci, par suite de grosses adhérences au mésocôlon. L'intervention fut un succès. — Dans le cas de Young, le mauvais état général de l'enfant poussa l'auteur à faire également une marsupialisation. Le même traitement fut suivi dans notre cas personnel.

Les suites opératoires sont bonnes et la guérison est de règle. Cependant, quelques incidents ont été décrits par certains auteurs : dans le cas de Young, température élevée pendant plusieurs jours ; dans celui de Fèvre et Bertrand, état de shock pendant 48 heures ; dans celui de Brette et Duval, glycosurie transitoire de 4 gr. ; dans celui de Bloodgood, gangrène du tronçon épiploïque, obligeant à une réintervention qui amènera une guérison ; rapide dans celui de Cordero, phlébite de la jambe droite au 40^e jour, avec hémorragie interne associée et mort. Nous avons, du reste, au chapitre du pronostic, relaté les différents cas de mort survenus après l'opération. Ils sont fort peu nombreux.

Enfin, signalons que dans les cas de dysembryome, par suite de

la dissémination des kystes, il sera indispensable de recourir par la suite à des séances de *radiothérapie* ; Jerlón et Foucault ont insisté sur la nécessité de cette thérapeutique qui, chez leurs malades, a fait disparaître tous les symptômes kystiques. Aucune récurrence n'a été constatée, même après plusieurs mois. Il serait bon, à notre avis, d'agir de même dans les cas d'épiploïte fibrokystique où la dissémination des kystes, non seulement sur l'épiploon, mais sur d'autres organes, est fréquente.

En somme, l'intervention chirurgicale doit être de règle, associée ou non à la radiothérapie. On ne doit pas hésiter à la pratiquer le plus tôt possible et l'absence presque habituelle d'incidents permettra au malade une guérison rapide et sans séquelles.

Observations.

1) LYMPHANGIOMES VRAIS — (30 observations).

Nous n'avons pu nous procurer l'article de Gerrish, cité par Dias et Fèvre, où sont relatées deux observations de lymphangiomes dont le diagnostic fut exactement posé.

Observation I. — Brandt, 1894.

Jeune fille de 15 ans présentant une tumeur intra-abdominale remontant jusqu'à l'ombilic. C'était un kyste du grand épiploon contenant un liquide sombre, presque noir. La paroi se composait d'un tissu fibreux plus ou moins riche en cellules, tandis que la face interne était recouverte d'une couche épithéliale. Il s'agissait, d'après Oberlin, d'une lymphangiectasie. Pour Leroux et Touzard, lymphangiome probable.

Observation II. — Schwartzenger, 1894.

Fillette de 4 ans et demi. Ascite récidivante depuis 2 ans. A l'intervention, kyste multiloculaire du grand épiploon, contenant trois litres de sérosité, et rattaché à l'épiploon par plusieurs pédicules. Histologiquement : zone externe, tissu conjonctif et muscles lisses ; zone moyenne, nombreux vaisseaux sanguins, cavités lymphatiques entourées de tissu granuleux, infiltration lymphocytaire ; zone interne, cavité recouverte en partie d'endothélium.

Observation III. — Marfan, 1896.

Fillette de 4 ans et demi. Ventre toujours volumineux, mais ayant fortement augmenté depuis l'âge de 15 mois, sans altération de la santé, ni fièvre. L'enfant ne s'est jamais plainte. Elle aurait maigri depuis deux ans.

A l'examen, distension énorme du ventre, contrastant avec la gracilité des membres. Peau de l'abdomen lisse et tendue, sans dilatation veineuse. Omilic déplié. Matité sauf à la région épigastrique, sensation de flot. Pas de signe de tuberculose, température normale, pas d'albuminurie. On pose le diagnostic d'ascite, sans plus. La respiration devenant plus pénible, avec quelques irrégularités cardiaques, on fait une ponction qui donne issue à deux litres de liquide hémorragique noirâtre comparable à

du café, et qui à l'examen montre des globules rouges altérés, renfermant de grandes cellules plates, arrondies, des granulations graisseuses et de nombreux cristaux.

Au bout de peu de temps, le ventre augmente de nouveau ; progressivement, la température s'élève, la respiration est gênée, l'enfant maigrit.

Après une nouvelle ponction, donnant un résultat identique au précédent, une intervention est décidée.

Après incision, issue d'une grande quantité de liquide verdâtre, on aperçoit une poche dont la paroi est sillonnée de nombreux vaisseaux. Il s'agit d'un kyste qui crève spontanément. Après l'avoir libéré de quelques adhérences, on l'isole de la cavité abdominale, il est énorme et d'apparence multiloculaire, ne tenant plus que par un pédicule situé vers la partie supérieure du ventre. En cherchant à l'isoler, on s'aperçoit qu'on a sous les yeux le grand épiploon lui-même, transformé en kyste multiloculaire. — Guérison sans suites. — L'enfant est revue 16 mois après, en parfait état.

A l'examen histologique, la paroi est formée de tissu conjonctif déjà adulte et infiltré de cellules embryonnaires, mais sans revêtement endothélial ; en certains points, véritables amas lymphoïdes. — En somme, kyste séro-sanguin du grand épiploon, probablement d'origine congénitale. — Pour Leroux et Touzard, lymphangiome kystique.

Observation IV. — Marsh et Monsarrat, 1901. —

Petite fille de 20 mois. — Quatre mois auparavant, la mère remarqua l'augmentation de volume de l'abdomen. A l'examen, le ventre paraissait distendu par du liquide libre. Organes thoraciques sains, appétit bon, selles régulières, urine normale. On pensa à une péritonite tuberculeuse. Une ponction fut faite qui retira du liquide brun foncé, contenant un peu de sang. Revue 20 mois après, anémie marquée, appétit bon. On fit plusieurs ponctions successives, le liquide contenait du sang et de nombreux cristaux de cholestérine. A ce moment, on remarqua que le flanc gauche était sonore comparativement au flanc droit : le liquide n'était donc pas libre. La possibilité d'une tumeur kystique fut discutée et une intervention fut décidée. A l'ouverture du péritoine, on tomba sur un kyste à parois minces, de couleur rouge foncé que l'on ponctionna. On trouva alors une tumeur, développée aux dépens du grand épiploon, composée d'un gros kyste et de plusieurs petits, avec deux adhérences, l'une dans la fosse iliaque droite et l'autre formée par l'attache de l'épiploon à la grande courbure de l'estomac. On lia les adhérences et la tumeur fut extirpée. — Suites opératoires normales. — Revue un mois après : l'état général de l'enfant était parfait.

L'examen macroscopique montra que le gros kyste contenait 5 litres et demi de liquide. Dans les kystes indépendants, il y avait une sérosité

claire, teintée de sang dans le plus important. Nombreux vaisseaux sur le pourtour de toutes les parois. Histologiquement, la paroi du plus grand kyste montrait à l'extérieur un revêtement endothélial ; à l'intérieur une couche de tissu fin conjonctif. — Même structure au niveau des kystes plus petits, mais la couche de tissu conjonctif était représentée par une assise bien marquée de tissu fibreux.

Observation V. — Mathews, 1905.

Enfant de 8 ans — a fait une rougeole 9 mois auparavant. Peu après se plaignit de douleurs dans le flanc gauche. Puis le ventre se mit à augmenter progressivement ; dans les derniers temps, dyspnée, surtout à l'effort. Pas de traumatisme antérieur. Etat général médiocre. Abdomen très volumineux, de forme globuleuse, dilatation des veines superficielles. — A la percussion, matité absolue, excepté dans les flancs et à l'hypogastre. Sensation de flot très nette. Très légère albuminurie. Une première ponction donna issue à un liquide brun-rouge, alcalin, contenant des globules rouges, quelques leucocytes et des cellules endothéliales.

Revue 6 mois après, nouvelle ponction présentant les mêmes caractères. Quelques mois après, violente douleur à l'épigastre — vomissements — température 39° — crises douloureuses fréquentes. Une intervention fut décidée. Aussitôt le péritoine ouvert, une paroi kystique et de teinte un peu verdâtre apparut. Le kyste fut ponctionné et l'on retira plus de trois litres de liquide brun foncé. On reconnut alors que le kyste était entièrement adhérent au péritoine pariétal sur la ligne médiane du dessous, ainsi que dans le flanc droit. Ces adhérences furent séparées, et l'on trouva que le kyste était attaché à un fort pédicule de l'épiploon, s'élevant en haut vers le côlon transverse. Après ligature, extirpation du kyste. Guérison sans suites opératoires. Examen macroscopique : gros sac avec surface externe séreuse et lisse. La surface interne était inégale et montrait de nombreux épaississements.

Histologiquement, il s'agissait d'un lymphangiome.

Observation VI. — Devitzky et Morosov, 1906.

Garçon de 2 ans dont l'abdomen était augmenté de volume depuis un an. L'examen clinique montre un abdomen élargi, d'une circonférence de 64 cent., de la matité à la percussion et la présence de liquide. Diarrhée intermittente depuis l'âge de 1 mois. On fit le diagnostic de tuberculose péritonéale. — A l'intervention, gros kyste abdominal, contenant 4 litres de liquide couleur chocolat qui furent évacués. On trouva également une hernie congénitale. — Mort le jour suivant. — A l'autopsie, on trouva, outre le gros kyste, de nombreux petits kystes, avec cellules endothéliales, dilatation des lymphatiques de l'épiploon.

Observation VII. — Heinzelmann, 1906 (cité par Aimes et par Asnionoff).

Malade opérée pour kyste de l'ovaire. A l'intervention, lymphangiome du grand épiploon coexistant avec la tumeur ovarienne.

Observation VIII. — Wakefield, 1907.

Garçon de 4 ans, au ventre énormément distendu. Pas d'autres signes. L'augmentation progressive de l'abdomen date de deux ans. A l'intervention, masse kystique plus grosse qu'une tête d'adulte, fortement adhérente à la grande courbure de l'estomac. Il s'agit de kyste développé dans le grand épiploon. Une petite masse kystique de la grosseur d'un œuf de poule est trouvée attachée à la tête du pancréas ; une autre, grosse comme une noisette, est attachée à la séreuse gastrique. La tumeur principale est formée de nombreuses loges kystiques de dimensions variées, de parois minces, transparentes. Le liquide est clair, jaune paille, de réaction neutre ; il coagule à la chaleur sous l'action de l'acide acétique. On trouve de nombreux cristaux de cholestérine, des hématies, des leucocytes.

Histologiquement, il s'agit d'une tumeur composée de nombreuses cavités reliées par du tissu mésoblastique. Ces cavités sont vides ou remplies d'une substance granuleuse. Toutefois la paroi est limitée par des cellules épithélioformes aplaties. Le stroma interkystique est constitué par du tissu conjonctif lâche, contenant des vaisseaux sanguins. Par place, on note des fibres musculaires lisses et l'on trouve épars des polynucléaires. Leroux et Touzard en font un lymphangiome typique.

Observation IX. — Seefisch, 1909.

Enfant de 10 ans entré à l'hôpital pour une tuméfaction considérable de l'abdomen survenue progressivement et dont le début remonte à plusieurs mois. Etat général assez précaire. Très fort amaigrissement. On fit le diagnostic d'ascite libre, due à une péritonite tuberculeuse. A l'ouverture du péritoine, pas de liquide. Il s'agissait d'un énorme kyste à parois mince, situé dans le grand épiploon. Il était fixé par un mince pédicule, au côlon transverse, près de l'angle splénique. Après ligature, le kyste fut facilement extirpé. Il contenait trois litres de liquide hémattique. Guérison rapide. A noter que l'intervention ne dura qu'un quart d'heure.

Le liquide contenait en suspension une grande quantité de globules rouges encore vivants. Des cristaux de cholestérine existaient en assez grand nombre.

Histologiquement, la paroi était constituée par du tissu conjonctif recouvert sur ses deux faces par un endothélium.

Il est probable qu'il s'agit d'un kyste épithélial à point de départ péritonéal.

Observation X. — Cordero, 1910.

Femme de 53 ans, entrée à l'hôpital avec des signes d'occlusion intestinale. Elle présentait des métrorragies depuis plusieurs années ; elle avait remarqué un accroissement anormal et progressif de l'abdomen, surtout sensible au niveau de l'étage supérieur. La circonférence du ventre à la hauteur de l'ombilic était de 91 centimètres. La palpation et même l'inspection permettaient de reconnaître l'existence de deux volumineuses tumeurs : une, sous l'ombilic, manifestement un fibrome utérin ; une sus-ombilicale, fluctuante, fixe, diagnostiquée kyste à point de départ inconnu. Opération : on enlève le fibrome par hystérectomie sus-vaginale, puis on s'occupe du kyste. On le ponctionne et on en retire 5 à 6 litres, puis on cherche à extraire la poche. On s'aperçoit alors que la tumeur est développée dans l'épiploon et il faut sectionner celui-ci pour achever l'opération. — Mort le 6^e jour. Autopsie incomplète.

Examen macroscopique : kyste gros, ovoïde, 69 centimètre de diamètre. A certains endroits parois minces de 1 mm. ; à d'autres parois de 7 mm. A la partie inférieure, tumeur solide du volume du poing. Vide, le kyste pèse encore 1.500 gr. Liquide trouble, rouge sombre, alcalin, très riche en albumine, contenant des cristaux de cholestérine avec des globules sanguins.

Examen histologique : a montré qu'il s'agissait d'un lymphangiome kystique.

Observation XI. — Brighaim (cité par Stillmann et Touzard).

Femme de 30 ans, s'étant découvert une tumeur abdominale il y a 3 ans. Depuis, celle-ci augmente progressivement sans déterminer aucun trouble. A l'examen, tumeur solide, mais élastique, de la dimension d'un poing, mobile en tous sens, située à gauche et au-dessous de l'ombilic. Pas d'attache aux organes génitaux. On pense cependant à un kyste de l'ovaire, ou de l'épiploon à long pédicule, en raison de l'absence de troubles fonctionnels et de la très grande mobilité.

A l'intervention, kyste multiloculaire du grand épiploon dont on enlève une grande partie. Il y avait un litre environ de liquide jaune paille qui n'a pas été examiné.

Histologiquement les parois du kyste sont minces et recouvertes d'endothélium sur les 2 faces.

Observation XII. — Fitz, 1910 (cité par Stillmann et par Touzard).

Femme, avec dilatation considérable des lymphatiques de l'épiploon. Augmentation du volume de l'abdomen, depuis trois ans.

Coexistence d'un fibrome utérin. L'épiploon est réduit à une membrane de tissu conjonctif supportant des lymphatiques énormément dilatés.

Observation XIII. — Laurenti, 1916.

Homme de 70 ans. A remarqué depuis 6 ans, dans la région moyenne de l'abdomen, mais dépassant l'ombilic, une tumeur qui augmente depuis, lentement et progressivement. Cette tumeur détermine de fréquentes crises douloureuses, avec alternatives de constipation et de diarrhée. Jamais de fièvre. L'examen montre un bon état général. La zone sus-ombilicale est indolore. Il n'y a pas de circulation collatérale, pas d'ascite. Au-dessous de l'ombilic, tumeur de la grosseur d'un citron, lisse, dure, irréductible, un peu mobile latéralement, beaucoup moins de bas en haut, indolore, non pulsatile. Le malade meurt en quelques jours de pneumonie.

A l'autopsie, tumeur abdominale adhérente au péritoine pelvien et reliée au grand épiploon par un pédicule d'environ 4 cm. de long, tordu sur son axe. Les parois du kyste étaient minces.

Liquide limpide. Albumine 0.8 %. — Lymphocytes 68 %.

L'examen histologique montre que la face interne de la paroi est constituée d'une couche de cellules endothéliales.

Observation XIV. — Kenney et Masson, 1915.

Femme de 30 ans se plaignant du ventre depuis 6 ans et ayant vu celui-ci augmenter depuis 2 ans. Pas de diagnostic pré opératoire. On trouve un gros lymphangiome kystique de l'épiploon à forme multiloculaire. Nombreuses adhérences au péritoine pariétal.

Observation XV. — Arzela, 1922.

Fillette de 3 ans. Augmentation progressive du volume de l'abdomen depuis l'âge de 1 an. Fit déjà un séjour à l'hôpital pour incontinence d'urine. A l'examen, abdomen uniformément distendu, uni, fluctuant et mat à la percussion. On pense à un kyste mésentérique ou épiploïque.

A l'intervention, kyste pédiculé de 17 cent. 26. Le pédicule adhérent à la partie centrale de l'épiploon fut extirpé sans difficultés. Guérison sans incidents. Le kyste avait une paroi mince et transparente, contenant du liquide clair, couleur citron. Il était bordé par une couche de cellules mésothéliales. Nombreux capillaires sanguins et lymphatiques ; amas de cellules lymphatiques dans la paroi. L'auteur attribue la formation kystique à une anomalie de développement des vaisseaux lymphatiques.

Observation XVI. — Copello, 1924.

Femme de 31 ans. A l'opération, on trouve trois tumeurs liquides sous

tension dans la partie moyenne de l'abdomen, plongeant vers le bas, presque dans le pelvis. Il n'y a d'adhérence avec aucun organe. Sa mobilité est très grande. Kystes intraépiloïques à parois minces. Dans l'un d'eux, intact, on observe que le liquide est sombre. — Guérison.

L'examen histologique de la paroi montre la présence d'un tissu conjonctif tapissé de cellules endothéliales.

Observation XVII. — Lawrence, 1925.

Fillette de 3 ans. Abdomen proéminent depuis la naissance. Depuis 6 mois, fréquentes crises de douleurs abdominales soulagées, 24 heures avant l'entrée à l'hôpital, par l'apposition de cataplasmes. Pas de vomissements. Prostration. Tension abdominale à l'examen, avec matité à la percussion. Cyanose. Leucocytose = 12.000 globules blancs, avec 82 % de polynucléaires.

A l'opération, très gros kyste épiloïque avec un pédicule tordu qui fut enlevé. Le kyste était divisé en larges compartiments communiquant entre eux et était limité par un endothélium.

Observation XVIII. — Ladd, 1926.

Fillette de 8 ans. Depuis 3 mois, distension de l'abdomen, mat à la percussion et contenant du liquide. A l'examen général, rien de notable, sauf une dénutrition marquée. Une ponction exploratrice donna facilement issue à un liquide brunâtre, contenant des globules rouges altérés.

A l'opération, on trouva un gros kyste à paroi mince, situé dans le grand épiploon, adhérent au côlon transverse. Il contenait environ un litre de liquide. A l'examen microscopique, la paroi était composée alternativement d'une couche de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif. Forte vascularisation et amas de cellules lymphoïdes autour des vaisseaux sanguins. On fait le diagnostic de kyste de l'épiploon d'origine lymphatique.

Observation XIX. — Ladd, 1926.

Fillette de 8 ans, présentant une perte de poids depuis plusieurs mois. Au premier examen, distension de l'abdomen, céphalée, douleurs articulaires et musculaires d'une durée de 5 jours. Leucocytose = 10.500 globules blancs. On trouva une masse tumorale assez large dans la région droite de l'abdomen, se déplaçant vers la région hypogastrique. Examen cystoscopique négatif. A l'intervention, gros kyste mesurant 138.6 cent., situé dans l'épiploon, son pédicule était tordu. — Guérison sans incidents. A l'examen microscopique, paroi fibreuse, avec une assise de fibres musculaires lisses et quelques amas de lymphocytes. Pas d'assises épithéliales. On posa le diagnostic de kyste épiloïque d'origine lymphatique.

Observation XX. — Ryan, 1926.

Garçon de 4 ans. Tumeur abdominale gênant la respiration. L'abdomen est gros depuis la naissance. Il y a 2 ans, une ponction ramena une grosse quantité de liquide brun et le ventre diminua de volume. On ne sentit pas de masse à ce moment. Au bout d'un an, on fut obligé de ponctionner à nouveau. Il y a trois semaines, on découvre à l'épigastre une masse, mais on la sent mal, par suite du développement de l'abdomen. Jamais de vomissements, bon appétit. Perte de poids très légère depuis quelques mois.

A l'examen, enfant bien constitué qui respire difficilement. Abdomen nettement augmenté de volume et mat. A la partie supérieure, on sent une masse molle, lisse, mobile, pas d'ondulation péristaltiques. L'examen radiologique n'apporte aucun éclaircissement. Après ponction, la masse est mieux limitée, mobile en bas jusqu'à l'ombilic, de 4 à 5 pouces de diamètre, paraissant pédiculée. On pense à un sarcome de l'épiploon. Le liquide retiré est sombre, presque marc de café. A l'opération, masse kystique à paroi épaisse, blanc grisâtre, avec liquide jaune clair. Autour de ce kyste principal, il en existe deux gros et un certain nombre de petits, de couleur sombre, à peau mince et transparente qui siègent dans le grand épiploon. Le premier kyste est rattaché à la grande courbure de l'estomac, tous sont adhérents les uns aux autres, leur liquide est sombre, sauf pour le premier, et renferme de la globuline, de l'albumine et du sang.

Histologiquement, le kyste à peau épaisse montre une bordure interne avec une seule assise de cellules endothéliales, dans un tissu conjonctif. Nombreux petits vaisseaux sanguins et lymphatiques. Au-dessous de cette zone, tissu fibreux. Les kystes à parois minces montrent un processus inflammatoire moins marqué.

Observation XXI. — Jackson, 1928.

Homme de 50 ans. Depuis 5 mois sensation de gonflement de la moitié inférieure de l'abdomen. De temps à autre cystalgie, mais sans pollakiurie ni hématurie. Amaigrissement léger. Aucune histoire de traumatisme abdominal. A l'examen, tuméfaction régulière de la partie inférieure de l'abdomen. La palpation et la percussion montrent qu'il s'agit certainement d'une collection liquide. Hypertrophie de la prostate. Après sondage de la vessie, la tumeur reste aussi grosse. La radioscopie et la rectoscopie ne donnent aucun renseignement. Hémoglobinémie = 80 %. On pense à un hyste de l'épiploon, du mésentère ou de l'ouraue. Opération : masse kystique, immédiatement sous le péritoine et légèrement adhérente à lui, paroi excessivement mince. Ponction donnant issue à deux litres de liquide noirâtre, de mauvaise odeur, le kyste est unilocu-

laire. Adhérences légères au péritoine, mais très serrées à la vessie, obligeant à une dissection minutieuse. Le grand épiploon est manifestement la seule origine possible du kyste ; juste au-dessous de la proéminence du sacrum, masse kystique globuleuse, de 3 cent. de diamètre, très adhérente au péritoine pariétal postérieur. Tout au fond de la cavité pelvienne, autre kyste trois fois plus gros que le premier, auquel adhéraient les deux autres.

Macroscopiquement, le plus gros kyste a 15 cm. de diamètre, le 2^e est constitué par une masse de petits kystes. Sur le premier, nombreux vaisseaux sanguins. La surface est brillante, la paroi fibreuse et dure, épaisse de 1 à 3 mm. Dans les autres kystes la paroi est excessivement mince, transparente. Dans le premier kyste, le liquide est couleur chocolat, dans les autres, il est incolore.

Histologiquement, la paroi est faite de tissu cellulaire et de fibres, avec des cellules adipeuses et de nombreux vaisseaux lymphatiques et sanguins. A la face interne de la paroi, on ne trouve pas de cellules endothéliales, mais des cellules géantes, avec noyaux irréguliers multilobés. Dans les petits kystes, l'exsudat fibrineux interne était envahi par des lymphocytes et des polynucléaires. Dans la partie externe de la paroi des kystes, à côté d'une formation fibroblastique, infiltration lymphoïde périvasculaire. L'endothélium des lymphatiques et des vaisseaux sanguins paraît normal.

Leroux et Touzard concluent à un lymphangiome probable.

Observation XXII. — Fisher, 1928.

Enfant de 4 ans, souffre de douleurs abdominales vives. Trois jours avant l'entrée, se plaint de douleurs abdominales d'intensité croissante, avec paroxysmes. — A l'examen, gros abdomen, avec circulation veineuse collatérale. Masse dure dans le quadrant supérieur gauche, avec à la pression, une douleur qui s'irradie vers la région inguinale et détermine une flexion des deux cuisses. Le reste de la cavité abdominale est rempli d'un kyste gros, flasque, fluctuant. P. = 100. Temp. 38° : Eosinophilie sanguine à 2 %. Urines normales, mais présence d'acétone (2 gr.). A l'intervention, gros kyste multiloculaire remplissant la cavité abdominale et rattaché au hile de la rate, à la moitié du grand épiploon et à l'angle splénique du côlon. La moitié du grand épiploon est remplacée par du tissu fibreux. Un gros kyste remplit le quadrant supérieur droit, un autre plus gros se trouve à la partie inférieure gauche. Un 3^e et de nombreux kystes sont disposés le long des vaisseaux sanguins dans le quadrant supérieur gauche. La masse entière, avec son contenu, pèse 6 kilos. Extirpation totale, avec dissection des adhérences. Guérison.

Histologiquement, la paroi kystique est limitée par un endothélium. Au-dessous de celui-ci est une zone étroite de tissu inflammatoire, fi-

breux. A travers l'épiploon : on trouve de nombreux lymphatiques dilatés, irréguliers, sinusoides ou caverneux, limités par un endothélium et contenant de la lymphe. A travers le tissu adipeux et spécialement autour des lymphatiques devenus kystiques, on trouve une infiltration inflammatoire diffuse et légère prolifération fibroblastique. Dans la paroi des plus gros lymphatiques dilatés, on trouve des fibres musculaires lisses et, occasionnellement, un petit groupe de cellules lymphoïdes.

Observation XXIII. — Wyatt, 1931.

Fillette de 3 ans 1/2. Depuis deux jours, signes d'appendicite aiguë, avec fièvre, vomissements, douleurs abdominales et contracture. A l'opération, on trouva dans le ventre un litre d'un liquide verdâtre. Il existait dans le grand épiploon un gros kyste multiloculaire de $5 \times 3 \times 5$ cm. Une des grandes cavités était rompue.

Microscopiquement, le kyste était bordé par une assise de cellules endothéliales.

Observation XXIV. — Paterson, 1932.

Enfant de 4 ans. Se plaint de douleurs abdominales et de fièvre. Pas de vomissements. A l'examen, légère distension abdominale avec douleur nette et contracture de bois à la partie inférieure du ventre. Il est impossible de faire un examen clinique précis. On pense à une appendicite aiguë avec péritonite.

A l'intervention, kyste du grand épiploon enlevé facilement.

Appendice sain. Guérison.

Macroscopiquement, la masse kystique est lobulée, bien encapsulée, multiloculaire. La paroi a 2 ou 3 mm. d'épaisseur.

Histologiquement, la paroi est limitée par un endothélium de cellules tout à fait hyperplasiques. En de nombreux endroits, dans une structure fibreuse et lâche, véritable infiltration de polynucléaires.

Observation XXV. — Guillemot et Leveuf, 1933.

Garçon de 4 ans, se plaignant de douleurs abdominales. A toujours eu le ventre assez gros, mais l'attention n'a été attirée sur son développement quedepuis un an. Depuis trois mois, se met à pâlir et maigrir. A perdu 1 kilog. en 3 semaines. Bon appétit. — A l'examen, abdomen volumineux, surtout distendu dans la région préombilicale où il pointe en avant. La palpation donne l'impression d'une tumeur légèrement fluctuante. Matité à la percussion, ne se déplaçant pas avec les changements de position. Pendant la 1^{re} semaine de son séjour à l'hôpital, oscillations thermiques atteignant 39° le soir. Puis, la température revient à la normale. La cuti-réaction est positive, mais on pense à une tumeur enkystée, peut-être ascite enkystée.

Un lavement baryté montre que le côlon se remplit normalement. Le cæcum est légèrement refoulé en haut et à droite.

A l'intervention, dès l'ouverture de l'abdomen, on constate l'existence d'un gros kyste recouvert par le grand épiploon.

Pas de liquide libre dans la cavité péritonéale. L'épiploon se laisse libérer par simple clivage.

Histologiquement, la face externe est formée de tissu fibreux bien vascularisé, puis il existe une zone hémorragique avec traînées de tissu conjonctif néoformées et cellules pigmentées peu hémosi. La face interne présente de nombreux cristaux de cholestérine englobés dans des cellules géantes. Le liquide épais, d'aspect savonneux, contient des cellules en voie de dégénérescence graisseuse, des cristaux de cholestérine, des leucocytes.

Observation XXVI. — Kempeneers, 1935.

Enfant de 12 ans présentant depuis 6 mois une tumeur abdominale et se plaignant de douleurs vagues dans tout l'abdomen. Examen général négatif. A l'intervention, tumeur kystique du grand épiploon.

Histologiquement, ce kyste présentait une paroi fibro-vasculaire bordée d'un épithélium pavimenteux simple. Origine lymphatique bien établie. Le liquide du kyste contenait de la protéine, de l'urée et de la cholestérine.

Observation XXVII. — Montgomery et Wolman, 1935.

Garçon de 28 mois, présentant de la température depuis 2 jours, aux environs de 38°. G. R. = 2.600.000. Hémogl., 55 %. Contracture musculaire de la partie droite de l'abdomen.

Pendant plusieurs semaines, des médications uniquement toniques furent données. Au bout de deux mois, l'abdomen était extrêmement tendu et avait déclenché des crises dyspnéiques. On décida d'intervenir. Après incision du péritoine, issue de 1 litre 500 de liquide séro-sanglant. On extirpa un kyste à parois minces, situé dans la partie droite du grand épiploon et relié par un large pédoncule au côlon transverse. Ligature. Guérison.

Macroscopiquement, énorme kyste ovale d'une capacité de 2 litres environ, à surface externe grisâtre avec nombreux vaisseaux sanguins, contenant du sang, des caillots et de la fibrine. Histologiquement, la surface externe est formée de tissu fibreux dense, modérément vascularisé. De nombreux vaisseaux lymphatiques isolés sont visibles. Infiltration leucocytaire. La surface interne est formée d'une assise de cellules endothéliales. On y aperçoit des dépôts d'hémosidérine.

Observation XXVIII. — Fèvre et Bertrand, 1936.

Fillette de 3 ans entrée à l'hôpital pour augmentation du volume de l'abdomen, s'accompagnant d'un mauvais état général. Trois semaines auparavant, phase aiguë, avec vives douleurs abdominales, diarrhée, température à 40°, d'une durée de 8 jours. C'est à ce moment que les parents remarquent l'augmentation du volume du ventre. L'enfant reste fatiguée et abattue et à son entrée la température varie entre 37° et 38°. A l'examen, existence d'une masse médiane sous-ombilicale, un peu mobile, mate à la percussion. On pense au diagnostic probable de kyste de l'ovaire. Rien dans les antécédents, sauf une broncho-pneumonie à l'âge de 10 mois.

A l'intervention, après l'ouverture du péritoine, masse kystique volumineuse adhérent par des tractus fibreux lâches à la paroi et aux anses intestinales. Extériorisation du kyste qui ne tient que par un pédicule à la partie gauche du grand épiploon. Fermeture sans drainage. Dans les premiers 24 heures, état de shock avec vomissements et hyperthermie. Dès le 3^e jour, diminution de la température. Pas d'autres incidents.

Macroscopiquement, le kyste est une masse sphérique de 14 c. de diamètre, à paroi mince et bosselée par place. Le liquide intrakystique présente les caractères d'un exsudat. Chimiquement, réaction de Rivalin fortement positive. Réaction de Gangi positive. Albumine 40 gr. par litre.

Histologiquement, sous la graisse épiploïque, la paroi est constituée par un feutrage lamelleux de tissu conjonctif collagène assez richement vasculaire qui, vers la face interne de la paroi, n'est constituée que par des cellules épaisses dans une substance fondamentale indifférenciée. Ce sont ces mêmes cellules qui paraissent s'étaler sur la surface interne du kyste, constituant une couche continue, plate. Dans l'ensemble, la paroi est constituée d'un tissu assez peu différencié. On trouve dans l'épaisseur d'autres cavités qui semblent tapissées par un revêtement d'allure endothéliale. On peut donc se demander si la grande cavité n'est pas comme les petites, une cavité vasculaire vraisemblablement lymphatique (Pr Huguenin). Il s'agit probablement d'un lymphangiome kystique.

Observation XXIX. — Dias, 1938.

Enfant de 3 ans, de nationalité hindoue, entré à l'hôpital pour tumeur abdominale ? Depuis 15 mois, augmentation de volume du ventre, plus accentuée depuis 3 mois, avec à ce moment poussée fébrile de quelques jours entre 38 et 39°. Enfant pâle, maigre, aux muqueuses décolorées, triste, irritable, ayant perdu l'appétit.

A l'inspection, volume anormal du ventre contrastant avec la maigreur générale. A la palpation, tumeur de consistance élastique, de sur-

face lisse, formant une masse s'étendant de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite, à bords arrondis. Sur la paroi, circulation collatérale due à la compression de la veine porte. Légère ascite. Foie débordant les fausses côtes, de 6 cm. Mobilité modérée. Température normale. P. = 120. Rien dans les urines. Dans le sang, recherche des hématozoaires négative. Hémoglobinémie = 70 %. Formule leucocytaire = 20 % de lymphocytes. 46 % de grands et moyens mononucléaires, 28 % de polynucléaires neutrophiles. 4 % d'éosinophiles. Poïkilocytose et polychromatophilie. Réaction de Kahn, négative. Au cours d'une discussion sur le diagnostic, on élimina successivement la possibilité d'une splénomégalie avec ptose de la rate, du kyste de l'ovaire, de péritonite enkystée, de lipome, de kyste de l'ouraque, de kyste du mésentère. On se rallia en définitive à l'hypothèse de kyste du grand épiploon. C'est donc avec un diagnostic pré-opératoire exact que l'enfant fut opérée.

Intervention : laparotomie sus-pubienne latérale gauche. La tumeur paraît avoir son origine dans la partie supéro-latérale gauche du grand épiploon ; des adhérences avec la capsule de la rate furent libérées soigneusement ; ligature de la partie supérieure du grand épiploon. Suites opératoires favorables.

Macroscopiquement, la tumeur présentait deux lobes séparés par un sillon, ce dernier correspondant à une incisure perceptible cliniquement. Le liquide intrakystique était un peu visqueux, citron, légèrement hématique.

Histologiquement, la paroi du kyste montre une légère inflammation chronique, avec infiltration des cellules mononucléaires.

Il s'agirait, pour le rapporteur, d'un lymphangiome kystique.

Observation XXX. — Brette et Duval, 1939.

Homme de 27 ans. Souffre depuis 48 heures de l'abdomen, sans localisation. Hospitalisé pour appendicite aiguë. Température 37°4. P. = 90.

A l'examen, déformation asymétrique de l'abdomen, toute la moitié droite de la paroi est soulevée par une tumeur oblique, à grand axe incliné de haut en bas, à bords arrondis. Phénomène du flot. La palpation est légèrement sensible. Pas de circulation collatérale. La tumeur est immobile avec la respiration et ne peut être déplacée dans aucun sens. Elle paraît située directement sous la paroi. La radioscopie et la radiographie n'apportent aucun éclaircissement. On pense à un kyste d'origine et de siège inconnus.

A l'intervention, kyste volumineux qui se rompt aussitôt et donne issue à 2 litres de liquide citrin clair, et qui est logé dans l'épaisseur du grand épiploon. Adhérences colo-épiploïques que l'on libère difficilement. On pratique l'ablation des 2/3 droits de l'épiploon et on extirpe le kyste.

A signaler dans les suites opératoires, une glycosurie transitoire de 4 gr. sans forte glycémie (1 gr. 5). B.-W. négatif. Polynucléose à 77 %.

Histologiquement, la paroi est formée d'une membrane séreuse très épaissie, fibrinoïde, injectée de nombreux amas de leucocytes, recouverte d'un épais enduit fibrineux et d'une couche de tissu cellulo-adipeux au centre duquel on trouve des cavités kystiques annexées et qui semble être le tissu originel de la tumeur. Au premier abord, on peut penser à un lipome dégénéré, mais il s'agit plus vraisemblablement d'un lymphangiome kystique.

II) EPIPLOITES FIBRO-KYSTIQUES. (23 observations).

1° A Types de lymphangiomes (19 observations).

Observation XXXI. — Henke, 1899.

Homme de 50 ans. A l'autopsie, kystes à parois minces, à contenu sombre, de la grosseur d'une épingle ou d'un pois. La plupart se trouvent dans l'épiploon et la bourse épiploïque. On en trouve en outre en plusieurs endroits du péritoine, sur le bord supérieur du diaphragme, sur la capsule du foie, sur la séreuse du cæcum. La paroi contient de nombreuses fibres musculaires et est limitée par une assise de cellules épithéliales cylindriques ou cuboïdes.

L'auteur en fait un lymphangiome. Ansimoff, dans sa revue générale, est du même avis. Pour Touzard et Leroux, « le fait de ne trouver que des cellules épithéliales ne nous permet pas de conclure qu'il s'agit d'un lymphangiome ».

Observation XXXII. — Schramm, 1903.

Petite fille d'un an, amenée à l'hôpital à cause de l'accroissement du volume du ventre. D'après la mère, le début remonterait à 4 mois et le développement aurait été lent et progressif. Dans les derniers jours, apparurent de la constipation et des vomissements.

A l'examen, bon aspect général, poumons et cœur sains ; ventre très volumineux et uniformément développé. Dans les deux régions répondant au canal inguinal, on trouve deux tuméfactions de la grosseur d'un œuf d'oie et pouvant être légèrement déplacées. Matité à la percussion sur toute l'étendue de l'abdomen, avec nette fluctuation : On pense à une inflammation tuberculeuse du péritoine, avec volumineux épanchement.

Intervention : après incision du péritoine, pas d'écoulement de liquide, par contre, il se présente une masse kystique, et, après agrandissement de la plaie, tout l'épiploon apparut, présentant une agglomération de kystes variant du volume d'une noix à celui des deux poings. Les tumeurs des régions inguinales étaient formées par la pénétration de parties de

l'épiploon ayant subi la dégénérescence kystique. L'ensemble de la formation qui fut retirée était à peu près du volume de deux têtes d'homme. Il n'y avait pas d'adhérences. Evolution ultérieure normale.

A l'examen de la pièce, on constate que la plus grande partie des kystes communiquait entre eux. On ne trouve nulle part de tissu épiploïque normal, à l'exception de la bordure supérieure. Le liquide du kyste était légèrement rosé, contenant beaucoup d'albumine, de nombreux globules blancs, peu de globules rouges. Les parois des kystes étaient minces, se composant du simple feuillet épiploïque. Nulle part on ne pouvait démontrer une paroi kystique propre. Pas d'examen histologique.

Il s'agit très probablement d'une épiploïte fibro kystique.

Observation XXXIII. — Borst, 1905 (cité par Touzard et Gödel).

Au cours d'une autopsie, a trouvé des kystes de différentes grosseurs dans la cavité abdominale et dans le grand épiploon, littéralement semé de kystes. Il s'agit d'endothéliomes.

Observation imprécise, on peut penser qu'il s'agit d'une épiploïte fibro-kystique.

Observation XXXIV. — Hasbrouck, 1908.

Femme de 50 ans. Remarquait il y a un an l'existence d'une grosseur qui augmenta graduellement jusqu'à ce que l'abdomen fût devenu énorme. Respiration très gênée. Douleur peu vive.

A l'examen, tumeur fluctuante. On pense à un kyste de l'ovaire multiloculaire.

A l'opération, après l'ouverture du péritoine, la tumeur se présente de couleur blanc-bleuâtre. La ponction permet de retirer 1/2 litre de liquide. Un peu d'ascite en dehors de la tumeur. Aucune connexion avec les organes génitaux. La masse entière était complètement enveloppée par le grand épiploon, dont les veines étaient énormément dilatées. Très peu d'adhérences, une seule importante, rattachant la tumeur à l'estomac. On incisa la masse, et on vit à son intérieur de nombreux kystes, plus petits, et une énorme quantité de caillots sanguins qui furent retirés. L'extraction fut alors possible. Il n'y avait pas de pédicule. La guérison survint sans incidents.

Examen macroscopique. Poids, 8 livres ; mais avant d'être vidée de son contenu elle était estimée à 40 livres. Elle était située entièrement dans l'épiploon.

Examen macroscopique : Il s'agit d'un endothéliome, ou d'un mésothélium. Les cellules sont d'une structure semblable à celle des cellules épithéliales. Elles ont tendance à se disposer en colonnes encerclant les

vaisseaux sanguins. Le stroma fibreux est très vasculaire, ressemblant à certaines formes d'angiosarcomes.

Nous avons classé ce cas dans le groupe des épiploïtes fibro-kystiques.

Observation XXXV. — Rosenthal 1908.

Femme de 17 ans, qui présentait depuis un an une tumeur abdominale.

A l'intervention, tumeur abdominale adhérente à l'épiploon et à l'intestin, formée d'une quantité de kystes de volume variable dont quelques-uns se rompirent et donnèrent issue à du liquide séro-purulent. Les kystes sont de tous ordres : séreux, gélatineux, hémorragiques, purulents.

Histologiquement, il s'agit d'un lymphangiome kystique à point de départ épiploïque. L'infection serait due, pour l'auteur, à un avortement pour lequel la malade était entrée à l'hôpital.

Observation XXXVI. — Kahuschkin, 1908.

Femme de 28 ans. Il y a 5 mois, on a trouvé une tumeur du bas ventre, pour laquelle on hésite entre tumeur de l'épiploon et kyste de l'ovaire gauche. A l'opération, épiploon solidement adhérent aux organes génitaux et aux intestins, semé de kystes de la grosseur d'une lentille à celui d'une noix. L'annexe gauche était complètement sondée à la tumeur.

Réséction de l'épiploon en partie. Ablation des annexes de l'utérus et des kystes.

Il s'agit des lymphangiomes qui, par certains endroits, présentent des altérations d'origine inflammatoire ou de dégénérescence graisseuse. Par endroit, on trouve des canaux avec cellules épithéliales cylindriques.

Observation XXXVII. — Ansimoff, 1911.

Enfant de 4 ans, entré pour augmentation du volume de l'abdomen. Début il y a 15 mois dans la région épigastrique, progression notable depuis un an. Troubles de compression. Percussion, matité de la partie supérieure de l'abdomen, sensation nette de flot. Pas de troubles urinaires.

Opération : extirpation d'un kyste à parois minces et transparentes, occupant les deux tiers inférieurs du grand épiploon et surmonté d'une zone d'épiploon farcie de kystes. Vers la gauche, un très gros kyste allant presque jusqu'à la rate.

Réséction de l'épiploon. Guérison complète.

Ensemble des kystes : 4 kilos. Le plus gros kyste, parois minces lisses au dehors. Le contenu est parsemé d'un liquide jaunâtre, avec hématies, gouttelettes de graisse et cellules endothéliales.

Histologiquement, la structure de la paroi présente un revêtement in-

terne endothélial, une couche de tissu fibreux assez dense, une couche assez épaisse de tissu conjonctif lâche, avec fibres élastiques abondantes et enfin, en dehors, une nouvelle couche fibreuse. De place en place, se voient des amas d'éléments cellulaires. Le reste de l'épiploon présente un grand nombre de cavités tapissées d'endothélium.

Observation XXXVIII. — Sabella, 1911.

Homme de 45 ans se plaignant depuis 10 mois de troubles gastro-intestinaux.

A l'examen, amaigrissement et dénutrition marqués. Foie et rate un peu gros. Abdomen très augmenté, tendu, avec circulation collatérale intense non douloureuse. Liquide dans les flancs. Cuti-réaction négative.

A la ponction on retire 500 gr. d'un liquide jaunâtre, dense, très visqueux, de consistance sirupeuse et coagulable, se séparant en une partie liquide et une à demi solide, celle-ci s'englutinant en un sorte de colle, au milieu de laquelle se distinguent des lamelles d'aspect fibreux, des flocons et des nodules.

Au micro, quelques érythrocytes bien conservés, quelques cellules pavimenteuses, des cristaux d'acide gras. Chimiquement, 96 % d'eau, des chlorures, peptones, globuline, de la mucine. On arrive à admettre la possibilité d'une tumeur maligne de la cavité péritonéale.

A l'intervention, abdomen rempli d'une substance gélatineuse, grisâtre très abondante, au milieu de laquelle sont des productions kystiques, irrégulièrement groupées et pédiculées.

Dans la profondeur, grosse masse mollassée.

Observation XXXIX. — Stillmann, 1911.

Femme de 42 ans, tumeur découverte par elle-même il y a 4 ou 5 ans. Elle augmente progressivement depuis quelques mois. Douleurs vives à l'épigastre, moins vives dans le pelvis. La tumeur a la dimension d'une tête d'adulte, est attachée à l'utérus et est d'une mobilité extrême. On pense à un myofibrome de l'utérus.

Opération : fibrome pédiculé également rattaché à l'épiploon. En outre, dans le grand épiploon, entre ses deux feuilletts, quantité de kystes allongés, aux parois excessivement minces. Certains approchent le bord inférieur du côlon transverse. Ils sont de dimensions variables. Le volume total de l'épiploon est considérable. Il existe une dilatation considérable des vaisseaux sanguins. On enlève l'épiploon entier. Les kystes présentent tous les mêmes caractères : paroi mince, transparente, limitée par un endothélium. Liquide clair ou rose.

Histologiquement, le liquide contient de nombreux lymphocytes, des polynucléaires et des globules rouges. Les kystes sont séparés par une

membrane excessivement mince, ils sont lobulés ou sacciformes comme le cas de Gairdner.

Observation XL. — Frank, 1913.

Femme de 28 ans. Il y a 7 mois, on note une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen qui augmente progressivement. Pas de troubles vésicaux, mais écoulement vaginal abondant et fétide attribué au port d'un pessaire. Bonne santé apparente.

A l'examen, tumeur kystique du volume de deux poings, à la fois sus et sous-ombilicale. Au toucher vaginal, on sent de nombreux nodules qui emplissent le pelvis. Pas d'ascite. On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large. Au moment d'opérer, on constate que la tumeur est d'une mobilité limitée. En position de Trendelenburg, la masse semble tomber vers le diaphragme, ce qui fait penser à un kyste probable de l'épiploon.

A l'intervention, kyste multiloculaire de l'épiploon et nombreux kystes du péritoine-cœcum-intestin grêle-mésentère-utérus-ligament large-trompes-ovaires. Les kystes sont facilement séparés les uns des autres. Il existe des adhérences à la paroi pariétale et autres organes. Le plus gros est celui du grand épiploon. La paroi est mince, la paroi varie de celle d'un pois à celle d'un œuf de poule. Les organes génitaux semblent normaux. Un kyste adhère intimement à la vésicule biliaire. Guérison complète en 15 jours.

A l'examen, la tumeur est de forme globuleuse, remplie d'une substance fluide, légèrement opalescente. Les kystes sont réunis par un tissu conjonctif très vascularisé.

Histologiquement, le stroma conjonctif contient de nombreuses cellules, de nombreux vaisseaux sanguins. Les parois sont minces, les espaces probablement lymphatiques, limités par des cellules endothéliales.

Observation XLI. — Outerbridge, 1914.

Femme de 34 ans, présentant depuis 10 ans une grosse tumeur abdominale dure, s'étendant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Le diagnostic de fibrome utérin est posé.

A l'opération, utérus un peu gros, bosselé. A son fond, s'attache une tumeur de la grosseur d'une tête d'homme, mais elle est rattachée et contenue dans le grand épiploon. Nombreuses adhérences intestinales. Ablation de l'utérus, de l'ovaire droit, de l'épiploon, après ligature des vaisseaux. Guérison parfaite. La tumeur a la forme d'un rein, ses dimensions sont $22 \times 16 \times 6$. Tout autour de l'épiploon, intimement unies, masses kystiques à paroi mince, de dimensions variables. De plus, on trouve un chapelet de kystes beaucoup plus petits intimement serrés contre les

gros vaisseaux sanguins, en plein centre de l'épiploon. Liquide kystique clair comme de l'eau.

La paroi de ces kystes est constituée par du tissu conjonctif lâche, contenant de nombreux capillaires sanguins dilatés et infiltrés d'une foule de petites cellules rondes disséminées. Chaque coupe montre dans le stroma une couche isolée de cellules plates fortement suggestives de l'endothélium des lymphatiques. En de nombreux endroits, le septum contient de nombreux petits espaces, à limitation endothéliale, qui nous semblent des capillaires lymphatiques dilatés. Il y a une continuelle graduation entre ceux-ci et les plus gros kystes, de sorte qu'on peut affirmer que le processus tout entier a son origine dans une dilatation kystique des lymphatiques.

Observation XLII. — Borchers, 1920.

Garçon de 4 ans et demi. Distension progressive de l'abdomen.

Pas de signes fonctionnels. On admet l'existence d'un kyste intra-abdominal. Au bout d'un an la tumeur emplit tout l'abdomen. Circonférence 74 cm. Ascite libre. La tumeur est mate. Pas de signe de tuberculose. Pas de température. Ponction : petite quantité de liquide brûnâtre contenant de l'albumine.

A l'intervention, abdomen entièrement rempli de kystes développés dans le grand épiploon, le long du côlon transverse. Guérison en 18 jours.

Macroscopiquement, kystes de tous calibres, certains communiquant entre eux. L'ensemble est recouvert des deux feuillets du grand épiploon et celui-ci doit être ouvert avant d'arriver aux kystes. Le liquide contient de nombreuses cellules en dégénérescence graisseuse et de nombreux cristaux de cholestérine. Histologiquement, tissu lâche avec de nombreuses cavités de dimensions variables, revêtus d'endothélium plat. Les cavités sont vides ou remplies de lymphocytes ou d'hématies. Par ailleurs, on trouve des lymphatiques non altérés. Tout à fait particulière est la richesse en cellules rondes mononucléaires. Elles ressemblent parfois à des follicules lymphatiques, ce qu'elles constituent en réalité. Un revêtement endothélial ne se trouve dans les gros kystes qu'après de minutieuses recherches. Peu de filaments élastiques.

Observation XLIII. — Speese, 1920.

Enfant de 5 ans, vive douleur abdominale 24 heures avant son admission. Pas d'antécédents. Abdomen distendu et rigide avec contracture dans la région appendiculaire. Leucocytose, 20.000 globules blancs, avec 80 % de polynucléaires. On pensa à une appendicite aiguë.

A l'opération, kyste épiploïque contenant 36 cm³ de liquide ambré avec pédicule tordu, situé dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen. Extirpation du kyste. Mort par acidose le jour suivant.

A l'autopsie, nombreux petits kystes dans le grand épiploon. Tous les kystes étaient bordés par un endothélium. De nombreux lymphatiques de l'épiploon étaient dilatés.

Observation XLIV. — Girvin, 1921.

Femme de 39 ans. Depuis 3 ans, tumeur abdominale. Les derniers mois elle a subi de fortes crises douloureuses abdominales que l'on attribue à la torsion du pédicule de la tumeur.

A l'opération, épiploon très épaissi. Dilatation des vaisseaux. Série de kystes dont la dimension varie de celle d'un gros pois à celle d'un petit œuf. Les kystes sont sous tension. Le bord inférieur de l'épiploon adhère à une tumeur fibreuse sous-séreuse pédiculée, du côté gauche de l'utérus. Le pédicule de cette tumeur était tordu sur lui-même 3 fois, de sorte que la circulation était interrompue et qu'il était nourri entièrement par l'épiploon. Ablation partielle de celui-ci. Hystérectomie, avec ablation des trompes et des ovaires. Fermeture sous drain. Guérison.

La paroi du kyste était constituée par un tissu caractérisant l'épiploon où courent de nombreux vaisseaux à paroi mince. Ceux-ci sont uniformément limités par une assise de cellules endothéliales plates. Ces vaisseaux contiennent une substance homogène caractéristique de la lymphe. L'image est celle des formations lymphangiomateuses.

Observation XLV. — Kister, 1925.

Enfant de 4 ans. La tumeur se compose de plusieurs kystes, allant de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une poche contenant environ 1 litre de liquide.

Réséction au niveau du côlon transverse. Guérison sans suites. A l'examen histologique, les parois du kyste montrent une image typique de lymphangiome aux trois stades de son développement, c'est-à-dire simple, avec cavités, avec kystes.

Observation XLVI. — Iselin, 1927.

Malade de 65 ans. Volume anormal du ventre constaté à l'examen. Pas de circulation collatérale. Ventre tendu dans l'ensemble, mais dépressible dans la fosse iliaque droite ; à gauche, la fosse iliaque est remplie par une volumineuse tumeur qui atteint en haut, presque le rebord costal, et dépassant à droite l'ombilic. On a l'impression d'une masse arrondie, avec quelque bosselures à la surface. La consistance est liquide ; on obtient une fluctuation parfaite, mais il y a des parties dures sur lesquelles on arrive en déprimant fortement les parties liquides. Tumeur mate dans l'ensemble.

En somme, tumeur kystique refoulant l'intestin de tous côtés. On porte

le diagnostic incertain de kyste du mésentère. A l'opération, tumeur formée de kystes d'aspect violacé, recouverte par les feuillets de l'épiploon. A la ponction, liquide citrin très limpide. La tumeur est extirpée facilement, car elle n'adhère nullement aux organes voisins. Le pôle inférieur plonge dans le Douglas, et il est difficile de l'en extirper ; d'énormes vaisseaux animés de battements descendent à sa surface. La tumeur extirpée est énorme, formée de kystes multiples, renfermant un même liquide, sans cholestérine, mais contenant des globules rouges et des lymphocytes. Guérison sans suites. Revue au bout de 4 ans, le malade conserve une santé parfaite.

Histologiquement, le kyste est formé de parties solides, de kystes séreux, de dilatations sanguines vasculaires. Les parties solides sont constituées par un tissu cellulo-adipeux, en réaction inflammatoire légère. Les kystes séreux sont revêtus d'un endothélium continu et ressemblent tout à fait aux cavités que l'on trouve dans les lymphangiomes kystiques. Les dilatations vasculaires sont également tapissées d'un endothélium continu. Ce sont des dilatations capillaires identiques à celles qui constituent l'hémangiome (Pr Lecène).

Observation XLVII. — Grausmann et Jaffe, 1928.

Homme de 44 ans, se plaignant depuis quelques mois d'une douleur dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen. Examen négatif, sauf une sensibilité diffuse dans tout l'abdomen. Pas de température.

Opération : gros kyste attaché à la face inférieure du foie et de l'intestin. La masse était à l'intérieur du grand épiploon. On la sépare aussi complètement que possible de ses attaches. Le reste du péritoine et des viscères semble normal. La tumeur est formée de plusieurs masses kystiques ; deux de $6 \times 7 \times 2$ irrégulières, les autres plus petites. On compte une centaine de kystes isolés et communicants de 1 à 2 mm. de diamètre, la paroi libre a 1 mm. d'épaisseur. Le contenu est une substance épaisse comme de la gelée.

Histologiquement, la lésion prédominante est une dilatation irrégulière, sinueuse, des lymphatiques. Quelques-uns des espaces sont vides, d'autres remplis d'une substance granuleuse. Ils sont limités par un endothélium ; mais, par place, les cellules sont hypertrophiées et entassées sur deux ou trois assises. Au-dessous de l'endothélium, structure conjonctive, avec des vaisseaux sanguins et de nombreux lymphatiques néoformés, limités par un endothélium hypertrophié. Le stroma, entre ces canaux, est presque œdémateux avec quelques lymphocytes et de nombreux leucocytes. Les plus gros kystes étaient limités par l'endothélium hypertrophié ou disposé sur plusieurs assises. En somme, dilatation de lymphocytes limités par un endothélium. Juste au-dessous de celui-ci, infiltration lymphoïde diffuse, avec, par places, des follicules lymphatiques.

Observation XLVIII. — Montgomery et Wolman, 1935.

Fille de 5 ans, d'origine polonaise, dont le ventre augmentait de volume depuis 2 ans. Depuis 4 mois, mauvais état général, manque d'appétit, mais pas de douleurs. Revue sans changements pendant 16 mois. Puis, à intervalles de plus en plus rapprochés, douleurs vives, sans nausées, avec de légers accès fébriles. On palpe à cette époque une masse mobile, du volume d'un œuf, peu rénitente. On a l'impression d'une tumeur kystique. G. R. : 3.360.000 ; G. B. : 11. 400. Hémoglobine, 55 %.

L'opération fut retardée par une scarlatine et une diphtérie.

Intervention : Kyste multiloculaire, occupant la plus grande partie du grand épiploon. La masse était attachée par un large pédicule, adhérent également au côlon transverse, près de l'angle splénique. Ligature. Guérison sans suites.

Macroscopiquement, tumeur irrégulière de 1 500 gr., formée par la réunion de nombreux kystes arrondis, dont certains sont agglutinés. Paroi mince et pâle, contenant de nombreux vaisseaux sanguins. La face externe est unie, le contenu est incolore, semi-liquide, semi-gélatineux.

Histologiquement, la paroi est formée de tissu hyalin, avec quelques petites cellules rondes, et quelques grandes cellules mononucléaires, avec cytoplasme homogène basophile et noyau périphérique hyperchromatique. Pas de revêtement net épithélial ou endothélial. Les kystes les plus petits ont un revêtement formé d'une seule couche de cellules endothéliales plates. Vaisseaux sanguins dilatés et gorgés de sang. Vaisseaux lymphatiques d'apparence normale.

Observation XLIX. — Masmonteil, de Parade et Vautier, 1939.

Enfant de 5 ans, amené avec le diagnostic de gros ventre. Dès sa naissance l'abdomen était anormalement gros. Nombreux incidents dès l'enfance. Aurait été traité également par frictions mercurielles et acétylsarsan. Vers l'âge de 2 ans, on pensa à un mégacôlon ou à un dolichocôlon. Il y a un an, le diagnostic de tuberculose fut posé ; on fit plusieurs ponctions qui n'amenèrent aucun résultat.

A l'examen clinique, distension sans circulation collatérale et matité diffuse sans limites. On pense à une ascite. Il existait en outre une ectopie testiculaire, une dysarthrie et une hydrocéphalie légère. B.-W. et Hecht = négatifs. Liquide de ponction : fibrineux avec quelques mononucléaires. Cuti-réaction = négative. La recherche du B.-K. par examen direct et inoculation est également négative. Les radiographies de l'abdomen ont montré dans l'hypocondre gauche une masse opaque de limites déterminées et un gros intestin de dimensions et de forme rappelant celles du dolichocôlon.

On décide l'opération, dans un but d'exploration. Laparatomie mé-

diane sus et sous-ombilicale. On tombe sur une masse polykystique que l'on ponctionne et que l'on peut vérifier être entourée par le grand épiploon. Elle remonte au-dessus du côlon transverse. Elle donne l'impression d'une épiploïte kystique. On doit, pour la libérer, ouvrir l'arrière cavité dont on referme ensuite les feuillets. Fermeture en trois plans. Drainage. Guérison sans suite.

Histologiquement, kyste avec des lobules adipeux, disposés, au pourtour des cavités anfractueuses. Ils sont recouverts par un tassement conjonctif mince, riche en néo-vaisseaux de très petit calibre. On ne voit pas de formation fibrillaires ou élastiques ; quelques amas cellulaires peu abondants, comme dans les inflammations chroniques discrètes. Il est classique d'assigner à ces aspects la valeur de lymphangiomes kystiques, ne présentant aucun caractère de malignité.

2° A types de kystes hématiques (4 observations).

Observation L. — Hearn, 1897.

Enfant de 8 ans, abdomen moyennement volumineux jusqu'à l'âge de 4 ans. A partir de cette époque augmentation progressive, mais bon état général. L'auteur, après examen, fait une ponction ; mais le liquide se renouvela avec rapidité, une certaine dyspnée apparut et l'abdomen devint énorme. On soupçonne un kyste de l'épiploon, à cause du manque de symptômes.

A l'intervention, nombreux kystes, dont un de gros volume, contenant un liquide vert foncé, tous développés entre les feuillets du grand épiploon.

Guérison sans séquelles. Pas d'examen histologique.

Observation LI. — Braithwaite, 1899.

Fillette de 4 ans, amenée pour augmentation du volume de l'abdomen. Il y avait une grosse quantité de liquide : grosse matité à la percussion, sauf dans les flancs, avec sensation de flot. Bonne santé générale.

A l'intervention, kyste du grand épiploon enlevé sans difficulté. Guérison rapide.

A l'examen macroscopique, le kyste contenait 3 litres de liquide clair et séreux. Les parois étaient minces et de couleur bleuâtre. On trouva en outre plusieurs autres petits kystes, dont aucun ne dépassait le volume d'une noix. Pas d'examen histologique.

Observation LII. — Halsted, 1920.

Fillette de 2 ans, abdomen très distendu. On fit le diagnostic d'ascite. On fit une légère incision abdominale pour écouler le liquide et une

mince paroi kystique apparut et commença à faire hernie. On agrandit l'incision et on trouva également de nombreux petits kystes sur le grand épiploon et le péritoine postérieur de l'estomac. Ils furent ouverts et drainés. Revue à l'âge de trois ans, l'enfant était en parfaite santé et il n'existait aucune trace de tumeur abdominale.

Malgré l'absence de toute précision, Montgomery et Wolman en font un lymphangiome kystique.

Nous nous contentons de classer cette observation dans la catégorie des épiploïtes fibro-kystiques.

Observation LIII. — Rouffard, 1925.

Femme de 35 ans, vient pour troubles abdominaux datant de plusieurs années. Constipation opiniâtre. Santé générale parfaite.

Examen : ventre volumineux, avec une tumeur dure, faisant corps avec l'utérus et qui est un fibrome et une tumeur molle, rénitente, du volume d'un œuf d'autruche, médiane qu'on prend pour un kyste de l'ovaire. Des signes de compression dus à cette 2^e tumeur (circulation collatérale, œdème des membres inférieurs, dyspnée) apparaissent ; le ventre devient dur et douloureux, le kyste augmente.

Opération : pas d'ascite. La tumeur kystique est volumineuse, reliée par un pédicule à l'épiploon, formée d'un ensemble de poches à parois minces, à contenu séreux. Le pédicule est tordu un grand nombre de fois sur lui même. Ablation de la tumeur. Hystérectomie subtotal. Appendicectomie. Guérison simple, sans suite et qui se maintient 12 ans.

À l'examen macroscopique, le kyste pèse 10 kilos, il est formé par une agglomération de kystes non réunis par une coque commune, en sorte qu'ils glissent les uns sur les autres et s'étalent facilement. Les cavités sont remplies d'un liquide clair, séreux, incolore.

Histologiquement, ces cavités sont tapissées par des cellules cylindriques en une seule couche. Les parois sont formées d'une membrane conjonctive plus ou moins épaisse, de tissu réticulé lâche, à cellules allongées, formant les mailles dans lesquelles se trouve un liquide dépourvu d'éléments figurés. Ça et là se rencontrent des vaisseaux à lumière très large, dont la caractéristique est d'être à parois très minces, constituées d'un simple endothélium qui s'appuie sur du tissu conjonctif. Le revêtement épithélial de la surface kystique est plus cylindrique, généralement dégénéré. Il n'y a aucune trace d'infiltration inflammatoire ni de nécrose. Il s'agit, en somme, d'une hypertrophie colossale des éléments constitutifs de l'épiploon avec dégénérescence kystique de ceux-ci.

Contrairement à l'opinion de l'auteur, Touzard soutient qu'il peut s'agir d'un kyste d'origine coelomique. Nous nous contentons de faire entrer cette observation dans le cadre des épiploïtes fibro kystiques.

III. DYSEMBRYOMES (6 observations).

Observation LIV. — Kirchberg 1912.

Femme de 51 ans. Anémie. Pas de signes fonctionnels, ventre souple, indolore. On sent une masse péri-utérine, indolore, molle, mal limitée. Opération par voie vaginale : nombreux kystes transparents, remplis d'un liquide clair comme de l'eau ; certains de la grosseur d'un pois, d'autres plus petits. On en enlève une certaine quantité. Annexes entourées de kystes. Sur la paroi recto-vaginale, kyste de la grosseur d'une noix, à paroi dure : on les extirpe. On ouvre le Douglas : on trouve de nombreux kystes qu'on enlève, contenant un liquide clair.

Tout le bassin est rempli par une tumeur qui ressemble étrangement à une môle hydatiforme : Ouverture de l'abdomen : nombreux kystes ne dépassant pas le volume d'une cerise. Paroi mince, lisse, contenu limpide. On termine l'opération, vu l'état de la malade.

Quelques temps après, on constate l'existence d'une masse péri-utérine, molle, mal limitée. Au toucher rectal, on note de nombreux kystes ; ventre souple,

Cinq mois plus tard, infiltration des deux portions de l'abdomen. La malade meurt, après avoir présenté les signes d'une tuberculose évolutive pulmonaire et intestinale.

A l'autopsie, on trouve dans l'abdomen de nombreux kystes intra-épiploïques, ainsi que dans le petit épiploon sous-hépatique, dans le péri-toine duodénal, dans le mésentère. Pas d'ascite libre, nombreux kystes du même genre dans la plèvre diaphragmatique, dans les poumons.

Histologiquement, la paroi des kystes est mince en certains endroits, épaisse dans d'autres, avec des fibres élastiques, beaucoup de cellules graisseuses. La face interne est formée d'une couche endothélioforme, qui en certains points devient cubique. Pas de cellules cylindriques. Partout se trouve de la lymphe. Liquide riche en albumine.

Kirchberg conclut en disant : « il s'agit d'un kyste lymphatique, ainsi qu'en témoignent sa situation dans l'épiploon, la constitution de sa paroi et de l'épithélium et les déchirures multiples lymphatiques autour du kyste ».

Leroux et Touzard n'admettaient cette hypothèse qu'avec les plus grandes réserves.

Foucault, par contre, concluait nettement à un dysembryome kystique. Nous nous rangeons à cette opinion.

Observation LV. — Gödel, 1922.

Homme de 40 ans, opéré pour hernie inguinale irréductible.

Dans les antécédents, gros traumatisme abdominal, à la suite duquel

il ressentit pendant quelques jours des douleurs intestinales. Digestion difficile. Depuis quelques temps, son ventre grossit.

A l'examen, présence d'une tumeur élastique, entre l'ombilic et le pubis.

A l'intervention, on trouve dans le sac herniaire, une masse de kystes de différentes grosseurs. Dans le canal herniaire, cette masse se prolongeait dans l'abdomen. Le grand épiploon se trouve rempli de grands et de petits kystes, mêmes formations plus petites sur le péritoine pariétal et sur les viscères. Résection de l'épiploon. Guérison en 15 jours.

A l'examen, kystes multiloculaires ressemblant à une grosse grappe de raisin. Les kystes sont de plusieurs grosseurs depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'un œuf. Ils sont isolés, ou pourvus d'un pédicule long. Tous sont ronds, à paroi mince, transparente, quelques-uns opaques, avec un liquide clair.

Observations LVI. — Gödel, 1922.

Homme de 32 ans. Douleurs abdominales depuis 2 ans. A l'examen, légère douleur à la palpation qui découvre une tumeur sus-ombilicale. Laparatomie : nombreux kystes gros et petits, dans la portion droite de l'abdomen, du péritoine pariétal et viscéral et surtout du grand épiploon. Ablation des kystes et d'une partie de l'épiploon.

Il s'agit d'une série de kystes isolés et groupés, dont les plus gros atteignent le volume d'une tête d'enfant. Ils sont de consistance élastique mais ferme. Paroi parcourue par de nombreux vaisseaux sanguins très ramifiés. Paroi épaisse, opaque ; la plupart des kystes n'ont qu'une cavité. Certaines cavités communiquent. L'épiploon donne l'image d'une masse de vésicules. Le liquide kystique est clair et limpide.

« Histologiquement, mêmes caractéristiques dans les deux observations. Tissu riche en cellules, quelques lymphocytes et fibroblastes. En d'autres points, la disposition et la forme des cellules donnent l'image d'un endothélium. La paroi se compose de quelques couches de cellules de forme plate ou cubique. Pas de grosses cellules épithéliales, à leur place, nombreux espaces remplis d'un endothélium plat d'une seule couche. Il est impossible de reconnaître des cavités lymphatiques. Par places, nombreux vaisseaux sanguins, avec amoncellement des cellules rondes. Dans les grandes cavités, on reconnaît aisément des cavités lymphatiques. Toutes sont revêtues d'endothélium. Celui-ci est plat et en partie cubique et cylindrique. Pas de filaments élastiques, ni de musculature lisse. » (D'après Touzard.)

Observation LVII. — Jerlov, 1924.

Homme de 42 ans, souffre de l'estomac depuis quelque temps.

Il a remarqué il y a quelques mois, une tumeur au bas de l'abdomen.

de perte de poids, ni vomissements, ni nausées. Selles normales Bon état général. Pas de température. A l'examen, tumeur relativement solide, plus grosse qu'une tête d'enfant. Son pôle inférieur descend dans l'excavation pelvienne. Prostate normale. On pense à une tumeur maligne.

A l'intervention, on constate que la tumeur est formée de kystes de dimensions variables, depuis celle d'un pois, à celle d'un œuf. Sa partie supérieure se confond avec l'épiploon. Sa partie inférieure est adhérente au pôle supérieur de la vessie, aux intestins, à la paroi pelvienne. Le liquide est clair dans la plupart des kystes, sombre dans les autres. L'opération est impossible. On extirpe quelques kystes, pour l'examen histologique.

La paroi mince, est parcourue de petits vaisseaux dilatés ; elle est limitée par une couche de cellules endothéliiformes, plates et disposées en plusieurs assises. Cette couche repose sur un stroma de tissu conjonctif dans lequel on voit des fibres musculaires. Pour le reste, tissu fibreux. Nombreux petits kystes sans endothélium ; sans contenu visible.

On fait alors 8 séances de radiothérapie, la tumeur dépassant la symphyse pubienne de 20 cm. et s'étend sur 20 cm. dans sa plus grande largeur. Au bout de 6 mois, les troubles subjectifs ont disparu, la tumeur a diminué considérablement de volume :

Revu au bout de 9 autres mois, le malade est en bon état. Pas de troubles fonctionnels. On ne sent plus de tumeur à la palpation abdominale. Cependant, le toucher rectal permet de sentir une masse élastique de la grosseur d'un œuf de poule. Un an après, cette masse a disparu.

Foucault pense qu'il s'agit d'un dysembryome.

Observation LVIII. — Jerlov, 1924.

Femme de 30 ans, depuis 2 ans douleurs dans la partie inférieure gauche de l'abdomen, diminuant au repos. Pas de troubles urinaires ni intestinaux. A l'examen, à gauche de l'utérus, on sent une tumeur élastique, ronde, de la dimension d'un œuf d'oie, attachée, mais non soudée, à la paroi pelvienne gauche. Deux ans plus tard, même constatation. Légère poussée fébrile ne dépassant pas 38°. On pense à un kyste de l'ovaire.

A l'intervention, dès l'incision du péritoine, s'échappe une masse de formations kystiques adhérent les uns aux autres, de dimension variable, contenant un liquide clair. On enlève les kystes, mais quelques-uns résistent, et il apparaît que la tumeur provient de l'épiploon et adhère largement aux organes pelviens. Les tumeurs s'étendent autour des annexes. Sur l'ovaire droit, nombreux kystes du même genre. On résèque l'épiploon au niveau de la rate ; autre masse de kystes dans le pé-

ritoine pariétal : on les laisse. La tumeur enlevée ; irrégulière, à la dimension d'un poing. Elle est formée de nombreuses cavités, le contenu est constitué par une masse granuleuse, fibrineuse. On y trouve des cellules rondes à petit noyau. La paroi kystique est limitée par une couche endothéliale, parfois cuboïdale. En dehors de l'épithélium, tissu conjonctif avec fibres collagènes, vaisseaux sanguins de dimensions variables, avec une substance élastique peu importante. Les kystes ne sont séparés que par une couche endothéliale et un très petit réticulum. A d'autres places, le stroma forme de grossiers septa avec des vaisseaux sanguins bien développés, entourés de nombreuses cellules rondes. De ci, de là tissu musculaire.

Après intervention, plusieurs séances de radiothérapie ayant amené, une disparition complète de la masse non extirpée, dans le péritoine pariétal.

Mêmes considérations que pour l'observation précédente.

Observation LIX. — Foucault, 1934.

Homme de 28 ans, porteur d'une hernie inguinale droite, volumineuse et douloureuse, apparue il y a 2 ans. Depuis un mois, est devenue brusquement irréductible et douloureuse. Le sujet perd l'appétit, maigrit et souffre du bas ventre. A l'examen, hernie inguinale droite du volume d'un œuf, dure, douloureuse à la pression du sac. Abdomen légèrement météorisé. Rien à signaler au niveau des différents organes. On pense à un épiplocèle irréductible.

A l'intervention, on constate que le contenu de la hernie était constitué par de l'épiploon adhérent aux parois du sac ; sa surface était recouverte par une multitude de petits kystes du volume d'un grain de raisin, les uns sessiles, les autres pédiculés ; l'ensemble rappelant assez exactement l'aspect de la môle hydatiforme.

Par laparatomie secondaire, on put voir que la totalité du grand épiploon était infiltrée par une multitude de formations kystiques, qui se retrouvaient sur la vessie et au fond du Douglas. On fit une résection complète du grand épiploon et on détruisit à la curette et au thermocautère les kystes qui purent être atteints. Suites opératoires excellentes. Dès cicatrisation des plaies, traitement radiothérapique interne. Revu au bout de 8 mois, aucune récurrence. Reprise des occupations professionnelles.

Macroscopiquement, la pièce semble formée d'un axe musculo-conjonctif qui est en quelque sorte le large pédicule d'insertion de la tumeur. Lui faisant suite, un tissu lâche, conjonctif et muqueux, où l'on trouve des cavités allant de la grosseur d'un pois à celle d'un gros grain de raisin, tassées les unes contre les autres et ressemblant à un gâteau de cire. Enfin, la partie externe est formée uniquement de vésicules de taille variable, sessiles ou pédiculées.

Histologiquement, la zone interne contient une très grande quantité de gros vaisseaux, bien structurés, les veines ont une importante musculature à fibres circulaires et longitudinales ; le tissu fibreux est à fibrilles fines et déliées, séparant des cellules musculaires lisses. La zone moyenne présente un adénome thyroïdien vésiculaire. Les vésicules sont revêtus d'un épithélium cubique, à une seule couche de cellules. La zone externe montre un hémolymphangiome et des formations lipomateuses ; on y trouve une grande quantité de petits vaisseaux sanguins, néoformés, revêtus d'un simple endothélium et des cavités lymphatiques plus dilatées.

En somme, d'une part, développement des capillaires, dilatation des cavités lymphatiques, présence d'amas ganglionnaires caractéristiques des lymphangiomes kystiques du grand épiploon, et, d'autre part, présence de vésicules revêtues d'un épithélium cubique haut, à type d'adénomes thyroïdien.

En résumé, il s'agit d'un dysembryome, renfermant des dérivés ectodermiques et endodermiques.

IV. LYMPHOMES. (1 observation).

Observation LX. — Lancereaux, 1892 (*in* Thèse Camus).

Homme de 25 ans mort d'anasarque avec hypertrophie ganglionnaire inguinale et œdème des bourses étendu ensuite à l'hypogastre, avec production d'un épanchement pleural.

A l'autopsie, ascite de plusieurs litres à liquide citrin. Grand épiploon épaissi et rétracté, infiltré de nodosités, lardacé à la coupe, revêtu de saillies miliaires de la grosseur d'une lentille.

Histologiquement, lymphome.

V. KYSTES SÉREUX HÉMATIQUES ET SÉRO-HÉMATIQUES (31 Observations).

1^o Kystes séreux (12 observations).

Observation LXI. — Gairdner, 1852 (cité par Guerlain).

A l'autopsie d'une femme adulte morte subitement, on trouve un kyste sous le feuillet antérieur du grand épiploon, se composant d'une vaste poche fermée et contenant une sérosité transparente, incolore.

Observation LXII. — Spencer Wellbs, 1890.

Fillette de 4 ans, dont l'abdomen a toujours été d'un gros volume. Augmentation progressive dans la dernière année.

A l'examen, grosse tumeur kystique. Par ponction, on retire un liquide séreux, légèrement albumineux, le liquide se reproduit rapidement. On pense à un kyste de l'ovaire.

A l'intervention, kyste du grand épiploon, à paroi mince, adhérent à la paroi abdominale, au cæcum, à l'appendice. Guérison rapide.

Pas d'examen histologique.

Observation LXIII. — Erdheim, 1896.

Femme de 52 ans. Tumeur apparue depuis 5 ans. Forte augmentation depuis 14 jours. Pas d'antécédents traumatiques. On pense à un kyste de l'ovaire.

A l'intervention, kyste bleuâtre, transparent, adhérent, sur une large surface et recouvert par l'épiploon. Pas de connexion avec les organes pelviens. Guérison sans incidents.

Pas d'examen histologique.

Observation LXIV. — Jesset, 1896.

Femme adulte chez laquelle, en présence d'une tumeur abdominale, on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire.

A l'intervention, kyste du grand épiploon adhérent à sa partie supérieure et contenant une certaine quantité de cholestérine. Guérison sans incidents.

Pas d'examen histologique.

Observation LXV. — Ilott, 1905.

Enfant de 2 ans et 10 mois, bien constitué. Entre avec le diagnostic de tuberculose péritonéale. Sujet aux vomissements répétés. Son ventre commence à augmenter de volume depuis un an. A l'examen, abdomen distendu, indolore, fluctuant. Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

A l'opération, pas d'ascite, large kyste à parois minces. On l'extérise et on ponctionne : 1 litre 1/2 de liquide clair. Le kyste est multilobulaire, inclus dans le grand épiploon et nourri par de gros vaisseaux. Guérison.

Observation LXVI. — Rodman, 1908.

Jeune fille de 17 ans, énorme tumeur abdominale.

L'opération montre qu'il s'agissait d'un volumineux kyste du grand épiploon pesant 60 livres, uniloculaire, qui fut énucléé facilement. Son contenu était limpide comme de l'eau de roche. Guérison sans incidents.

Pas d'examen histologique.

Observation LXVII. — Gifford, 1910.

Garçon de 6 ans Tumeur abdominale depuis 6 mois. Elle est très

douloureuse depuis quelques jours. Douleur constante, mais d'intensité variable. Pas de vomissements. Urines normales.

A l'examen, enfant bien développé, abdomen distendu, mais peu dans les flancs. Sensation de fluctuation. Matité au-dessus du pubis, remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Pas d'ascite libre. Circonférence au niveau de l'ombilic : 116 cm.

A l'opération, pas d'ascite, tumeur kystique de la dimension d'une noix de coco, enclose dans le grand épiploon. Adhérences à la paroi abdominale. Ponction. Ligature de l'épiploon. Extirpation du kyste avec la portion adjacente de l'épiploon. Kyste monoculaire contenant un liquide clair jaune paille. Guérison. Pas d'examen histologique.

Observation LXVIII. — Bernadet, 1925.

Femme de 24 ans. La nuit, vives douleurs à début brusque, à 3 cm., au-dessous des fausses côtes gauches. Sensation de torsion. Les douleurs disparaissent brusquement en une quinzaine de minutes. Pas de vomissements ou de nausées, ni débâcle intestinale, ni crise urinaire. Le lendemain matin, abdomen souple et indolore, mais dans l'hypocondre gauche, tumeur de la dimension d'un œuf de poule, tendue, rénitente, indolore, extrêmement mobile, ce qui permet de la faire passer de la fosse iliaque gauche dans la région appendiculaire, puis vers le foie et de la ramener à son point de départ. Si on l'abandonne en un point quelconque de l'abdomen, elle revient d'elle-même occuper sa place primitive. Rien à l'examen gynécologique.

Au bout de quelques semaines, les crises douloureuses se rapprochent et le ventre semble augmenter à chacune d'elles. L'état général s'altère. Six mois après le début, torsion aiguë : vives douleurs abdominales, abdomen tendu, défense musculaire marquée. Le repos et la vessie de glace n'amènent aucune sédation.

Après injection de morphine, relâchement musculaire permettant de constater que la tumeur a considérablement augmenté de volume et semble accolée à l'utérus.

A l'intervention, tumeur kystique transparente, parcourue de fins vaisseaux, rénitente, du volume et de la forme d'une grosse poire, appendue au grand épiploon par un pédicule tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. Légères adhérences aux anses grêles.

Pas d'examen histologique.

Observation LXIX. — Rau, 1926.

Homme de 24 ans. Il y a 7 mois, on découvrit dans l'hypocondre gauche, une tumeur dure comme du marbre. Elle atteignit rapidement le volume d'une grosse orange. Depuis trois mois, hématuries.

L'opération montra l'existence d'un kyste dans les replis du grand épiploon qui fut facilement extirpé. La tumeur avait 12 centimètres de diamètre et contenait un liquide blanc comme du lait ; sa paroi était lisse et brillante. Guérison sans incidents ; disparition des hématuries 5 jours après l'opération.

Pas d'examen histologique.

L'absence de précision de l'observation ne permet pas d'affirmer qu'il s'agit d'un kyste chyleux, bien que l'aspect du liquide le laisse supposer.

Observation LXX. — Howe, 1928.

Garçon de 2 ans présentant une hernie inguinale gauche depuis l'âge de six semaines, devenue irréductible à l'âge de 1 an et demi et opéré 3 semaines après. Avant l'opération, la tumeur de l'aîne était du volume d'une noix de coco, fluctuante et translucide. Elle pouvait être partiellement réduite. On fit le diagnostic d'hydrocèle.

Lors de l'intervention, on tomba sur un kyste unique et de gros volume, contenant un liquide clair et jaunâtre, il fut extirpé : il présentait un petit diverticule.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXI. — De Jong, 1930 (cité par Touzard).

Homme de 53 ans. A l'autopsie, à quelques centimètres au-dessous du pylore, attaché au grand épiploon, on trouve un kyste uniloculaire à parois minces. Kyste de la grosseur d'une pomme.

Le contenu est clair comme de l'eau.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXII. — Hall, 1940.

Fillette de 3 ans. Depuis 3 mois, la mère avait remarqué une augmentation de volume de l'abdomen, plus accentuée la semaine précédente, la dyspnée était intense, accompagnée de douleurs dans le ventre. Vomissements de temps à autre. Rien dans les antécédents. A l'examen, on était impressionné par le mauvais état général de l'enfant, pâleur, anxiété, rougeur des pommettes, cyanose des lèvres, dyspnée accentuée. L'abdomen était très distendu, élargi, avec des contours arrondis dus à la présence d'une masse intra-abdominale. La peau est de couleur cireuse ; il y a un tympanisme généralisé et à la palpation, on sent une résistance pâteuse. La tumeur, de gros volume, est faiblement mobile dans toutes les directions et cette manœuvre arrache des cris à l'enfant. Dilatation des veines superficielles de l'abdomen. Aplatissement de l'ombilic. A la percussion, pas de phénomène de flot.

Examen de laboratoire : Urine jaune paille, trouble, acide, densité 1021, traces d'albumine, pas de sucre, ni d'acétone.

Microscopiquement, quelques cristaux hyalins et quelques leucocytes.

— Sang : hémoglobine = 65 %. G.R. = 4.300.000. G.B. = 4.350.

Lymphocytes 4 = %. Mononucléaires = 8 %. Polynucléaires = 64 %. Eosinophile = 4 %.

On pense à une grosse tumeur intra-abdominale, avec nets symptômes de compression.

Opération : après incision péritonéale, on découvrit une masse de gros volume, de contours irrégulières, envahissant tout l'abdomen.

On pense tout d'abord qu'elle était attachée par un pédicule, mais à un examen plus approfondi, on trouva qu'il s'agissait d'une tumeur du grand épiploon, avec un tout petit pédicule et peu vascularisée. Elle était rattachée à la partie gauche du côlon transverse. La tumeur fut facilement extériorisée, et son pédicule lié et sectionné au ras du côlon. Fermeture. Guérison sans suite. Sortie de l'hôpital le 13^e jour.

Examen macroscopique : Tumeur kystique dont le diamètre le plus grand était 12 cent. Sa face externe est unie mais de contours faiblement irréguliers dus principalement au trajet de vaisseaux sanguins. Le siège de l'adhérence au côlon était plus rugueux.

Après ouverture, la tumeur présentait une seule cavité présentant un revêtement uni et brillant et contenant un liquide ressemblant à de l'eau et faiblement jaunâtre.

Pas d'examen histologique.

L'auteur se base uniquement sur l'examen clinique pour présenter ce cas comme un lymphangiome. Par suite de l'absence d'examen histologique, nous rangeons cette observation parmi les kystes séreux.

2^o Kystes Hématiques (10 observations).

Observation LXXIII. — Péan, 1873.

Femme de 40 ans chez laquelle apparut progressivement, au cours de l'évolution d'une péritonite à poussées successives, une tumeur abdominale que l'on supposa avoir pris naissance dans l'un des ovaires. Il y avait coexistence d'ascite. A l'intervention, il s'écoule dès l'ouverture 6 litres de liquide ascitique. On retire ensuite de la cavité péritonéale, plusieurs kystes libres, ceux de moindre volume adhérant au kyste principal. Celui-ci apparaît de couleur jaune verdâtre. La ponction donne issue à 18 litres de liquide chocolat, le fond de la poche est rempli d'énormes caillots. Aucune connexion avec les organes génitaux. Le kyste, au contraire, est implanté par sa partie supérieure, ses bords et ses faces sur le grand épiploon. Il s'agit donc d'un kyste du grand épiploon. Ligature sur la partie restée saine de celui-ci et extirpation des kystes.

Suites opératoires normales.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXIV. — Ormsby, 1883.

Femme de 26 ans présentant depuis 6 ans une grosse tumeur abdominale.

A l'opération, kyste multiloculaire du grand épiploon, contenant un liquide très épais.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXV. — Gallemaerts, 1886.

Femme de 76 ans, morte peu de temps après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, masse arrondie, de coloration bleuâtre, incluse entre les deux lames de l'épiploon. A la coupe, kyste multiloculaire, ne contenant pas de caillots.

L'examen microscopique montre des caillots englobés dans une masse fibreuse. Le kyste hématique est dû à l'athérome vasculaire visible sur les coupes.

Observation LXXVI. — Edebohls, 1893.

Femme de 37 ans dont le ventre grossissait depuis 8 mois.

A l'intervention : kyste monoloculaire, contenant un liquide couleur chocolat appendu par un solide pédicule au bord inférieur du grand épiploon. Guérison.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXVII — Young, 1905.

Fillette de 9 ans et demi. Ventre volumineux depuis plus d'un an, mais, d'après la mère, il aurait été gros depuis la première enfance. Pas de douleurs. Net amaigrissement. Pas de température. Bon appétit.

A l'examen, ventre distendu, mat dans la région épigastrique. Veines superficielles dilatées. A la palpation, consistance élastique, sans aucune rigidité. A la percussion, matité complète sur toute la surface. Sensation de flot très nette. Vu la forte dyspnée de l'enfant, une opération fut décidée, sans qu'un diagnostic ferme ait pu être posé.

Après incision, on tomba sur un kyste multiloculaire qui fut incisé, il en sortit une forte quantité de liquide couleur brun foncé. On put alors constater que la tumeur s'étendait depuis la grande courbure de l'estomac jusqu'à la rate. L'épiploon consistait en une vaste poche. Vu le mauvais état de l'enfant, on sutura la paroi kystique et on referma rapidement la plaie. L'auteur avait pu vérifier que les kystes étaient bien situés dans le grand épiploon.

Les premiers temps, l'état général fut très inquiétant. Température élevée, amaigrissement impressionnant, en même temps, la matité de l'hypocondre gauche et de l'épigastre augmenta d'étendue, prouvant le développement du kyste. Puis au bout de quelques semaines, la température retomba à la normale, l'appétit revint, et trois mois après l'opération, l'enfant était relativement bien. En même temps, la percussion de l'abdomen montra la disparition de la matité. Revue plus tard, la petite malade était en excellente santé.

L'auteur suppose que, par suite d'un développement rapide, le kyste s'était rompu et que le liquide s'était progressivement résorbé.

Observation LXXVIII. — Da Costa, 1908 (cité par Montgomery et Wolman).

Kyste uniloculaire à paroi mincé, contenant un liquide de couleur sombre, avec revêtement fibreux, découvert chez un jeune garçon.

Observation LXXIX. — Messa, 1911.

Femme de 22 ans, qui voit son ventre se développer progressivement depuis trois mois. Pas de souffrances. Pas de douleurs.

A l'examen, on sent dans le ventre une tumeur rénitente, régulière, arrondie, médiane, mobile. On pense à un kyste de l'ovaire.

A l'opération, kyste volumineux du grand épiploon, à contenu sanguin. Guérison sans séquelles.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXX. — Oudard, 1921.

Homme de 27 ans. Entre pour péritonite tuberculeuse, avec paludisme. Aurait eu dès l'enfance le ventre gros. Augmentation d'abord lente, puis plus rapide depuis un an. Déjà hospitalisé pour péritonite tuberculeuse. Repos et traitement héliothérapique. Dit avoir peu maigri.

A l'examen, abdomen volumineux, saillant, sans circulation collatérale. A la palpation, tumeur médiane de forme ovoïde, débordant la ligne blanche, dont la limite inférieure se trouve à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic et la limite supérieure à 3 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Elle est lisse, de consistance rénitente. Matité dans les limites ci-dessus indiquées ; tout autour, souplesse et sonorité. Mobilité en masse, à peu près dans tous les sens. La radioscopie, après insufflation du côlon et repas bismuthé, montre l'existence d'une tumeur abdominale, avec maximum d'opacité dans la région péri-ombilicale. Il y a leucocytose marquée, avec 62 % de polynucléaires neutrophiles. On pense à un kyste hydatique.

A l'intervention, volumineux kyste à paroi gris blanchâtre, à la surface duquel serpentent de gros vaisseaux épiploïques.

A la ponction, on retire un liquide brunâtre. On voit la tumeur incluse dans le grand épiploon, avec adhérences particulièrement intimes à la paroi antérieure de la fosse iliaque. On ne peut trouver de plan de clivage ; on sectionne le tablier épiploïque et on l'enlève en totalité avec le kyste. Guérison sans suites.

A l'examen, la surface externe est parcourue par de gros vaisseaux ; la surface interne est lisse et noirâtre.

A la coupe, consistance dure, fibreuse, épaisseur 5 mm.

Examen chimique du liquide : albumine, 65 % ; chlorures, 8,5 % ; urée, 1,60 % ; cholestérine. Examen cytologique : nombreux globules rouges dont beaucoup en voie de désintégration. Cristaux de cholestérine.

Aucune coupe histologique n'a pu être faite, car il y avait tant de sels calcaires dans la paroi que celle-ci s'effritait sous le microtome.

Observation LXXXI. — Marinacci, 1925.

Fillette de 12 ans prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre, sans vomissements, ni température. Les douleurs se calment, mais le ventre grossit. L'auteur appelé le 15^e jour, constate l'existence d'une tuméfaction grosse comme une tête d'adulte, arrondie, occupant la partie médiane du ventre : ses limites sont nettes, sa consistance élastique, avec frémissement hydrique. On la sépare facilement de la rate et du foie. On pense à un kyste hydratique du mésentère.

A l'intervention, gros kyste de couleur rouge foncé, occupant tout l'espace compris entre l'estomac et le côlon transverse. Les adhérences avec le méso-côlon sont telles qu'il est impossible de l'énucléer. On se contente de le marsupialiser, après avoir extirpé la majeure partie de la paroi kystique.

Guérison sans suites.

Le kyste était composé d'une cavité principale et de petites cavités secondaires contenant du sang. Le grand épiploon n'existait plus et la tumeur en occupait le siège.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXXII. — Bloodgood.

Garçon de 3 ans, poussées intermittentes de douleurs abdominales depuis 18 mois, avec nausées et vomissements. Depuis 6 semaines, augmentation rapide du volume du ventre, faisant penser à la formation d'ascite. Par ponction, on retire 13 litres environ de liquide de couleur rougeâtre.

Intervention : gros kyste multiloculaire qui fut extirpé.

Douze jours plus tard, réintervention par suite de gangrène du tronçon épiploïque qui avait été ligaturé.

Pas d'examen histologique.

3° Kystes séro-hématiques (9 observations).

Observation LXXXIII. — Rouiller, 1884 (d'après une observation de Leflaive).

Femme de 22 ans, malade depuis un an, présentant une tumeur de l'hypocondre gauche, ayant rapidement augmenté de volume. Net amaigrissement. Signes pulmonaires de tuberculose. Douleurs abdominales assez vives. Atteinte profonde de l'état général. Faciès péritonéal. Cyanose des extrémités. Mort.

A l'autopsie, péritoine épaissi, nombreuses adhérences entre le grand épiploon et la paroi abdominale. Il existe une tumeur repoussant l'estomac en haut et en avant, d'un volume à peu près égal à celui d'une tête d'enfant et dont la paroi fait corps avec la paroi postérieure de l'estomac et avec le grand épiploon. A l'ouverture, cavité unique remplie de caillots cruoriques. « Il semble, dit l'auteur, que dans les parois rudimentaires du kyste, il se soit produit des vaisseaux de nouvelle formation, de structure défectueuse, incapable de résister à la pression sanguine et qu'une hémorragie se soit produite dans le kyste, en ait déterminé la rupture, et ait amené consécutivement une péritonite généralisée. »

Pas d'examen histologique.

Observation LXXXIV. — Jacobi, 1901.

Fille de 7 ans. Depuis 4 ans, développement de l'abdomen et amaigrissement. On fit le diagnostic d'ascite tuberculeuse et on retira par ponction un peu plus de deux litres de sérosité claire et légèrement hématique. Deux ans après, l'abdomen avait de nouveau augmenté de volume. On fit une 2^e ponction et on décida d'intervenir.

A l'opération, on trouva un kyste multiloculaire du grand épiploon à parois très minces, contenant environ 2 litres 1 2 de liquide. Guérison.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXXV. — Boyd, 1903.

Garçon de 11 ans. Rien dans les antécédents. S'est toujours bien porté jusqu'à il y a 6 mois. A ce moment, vomissements, perte de l'appétit, grosse fatigue. Le ventre commence à grossir et augmente d'une façon régulière, avec douleur peu violente, mais continue dans le bas ventre. Fort amaigrissement. On pensa à une ascite tuberculeuse ou à un kyste du rein gauche.

A l'intervention, gros kysté à paroi mince de grand épiploon, dont il occupait la cavité. On retira 7 litres environ de liquide brun verdâtre. Guérison sans séquelles.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXXVI. — Rochard, 1912.

Homme de 23 ans. A fait il y a dix jours un gros effort pour soulever un fardeau, ressentit rapidement une douleur dans le ventre qui s'atténua en peu de temps. Deux jours après, un malaise général avec frissons, pensa avoir la grippe, puis vit son abdomen devenir gros, ballonné, pesant. Entra alors à l'hôpital. Pas de température, tout se bornait à des signes physiques extrêmement nets de tumeur liquide, mobile, intra abdominale. On pense à un kyste hydatique du foie, mais l'opération montra un gros kyste du grand épiploon, à paroi mince, transparente, bleuâtre, assez vasculaire, contenant un liquide séro-hématique clair. Guérison sans suites opératoires.

Pas d'examen histologique.

Observation LXXXVII. — Markoe et Mc Pherson, 1912.

Femme qui vient pour accoucher. Au-dessus du fond de l'utérus, tumeur mobile qui se déplace avec la respiration. On trouve une autre masse à gauche, dans le ligament large, sensible, immobile.

A l'intervention, tumeur grosse comme une orange, incluse dans le grand épiploon qui adhérait également à la paroi abdominale antérieure. Extirpation, après section des adhérences. L'utérus est refoulé à droite par une tumeur de la forme d'une petite grappe de raisins. Cette masse adhère également à l'épiploon. Il s'agit d'un second kyste.

Observation LXXXVIII. — Markoe et Mc Pherson, 1912.

Femme de 27 ans, qui vient pour une tumeur inguinale congénitale qui augmente nettement depuis un an. A l'examen, cette tumeur est grosse comme une grappe de raisins, ferme, mais légèrement fluctuante. Pas d'impulsion à la toux. Indépendance des annexes. On pense à une hernie dont le sac contient probablement l'ovaire.

A l'opération, kyste séro-sanguinolent qui s'était prolobé jusqu'au canal inguinal, grâce à un long pédicule. On lie celui-ci qui provient du grand épiploon. On enlève aisément le kyste par l'incision inguinale.

Observation LXXXIX. — Pybus, 1917.

Fillette de 4 ans dont le ventre avait augmenté progressivement de volume depuis l'âge de 9 mois. Elle fut ponctionnée 5 fois, à des intervalles assez éloignés. On pense à une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

A l'intervention, gros kyste uniloculaire à l'intérieur du grand épiploon, partiellement cloisonné, à paroi mince, contenant un liquide brunâtre. Guérison sans séquelles.

Histologiquement, la paroi était fibreuse, sans revêtement épithélial interne

Pour Montgomery et Wolman, il s'agirait d'un lymphangiome.

Touzard et Leroux en font un kyste séro-hématique. Nous nous rangeons à cette interprétation.

Observation XC. — Chalier, 1923.

Homme de 55 ans, porteur depuis longtemps d'un gros ventre, augmentant régulièrement et progressivement sans en souffrir aucunement. Saillie du ventre notable. Il y a quelque temps, chute violente sur l'abdomen qui s'affaisse, mais devient douloureux. Repos au lit, glace. Au 12^e jour, l'auteur constate un ventre douloureux, distendu par un épanchement ascitique indiscutable et conseille une opération.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide séro-hématique d'une contenance d'environ 5 à 6 litres. On découvre alors un kyste ratatiné, à peu près vide et perforé à son pôle inférieur. Libération facile, sauf au niveau de l'estomac qui se déchire. Par prudence, on fait un gastro-entérostomie en bouton. Guérison.

Pas d'examen histologique.

Un an après, réintervention pour ulcus gastrique, développé, au point d'adhérence du kyste. Libération difficile de l'estomac : la 1^{re} bouche était fermée. On fait une large anastomose gastro-jéjunale à l'aiguille, avec exclusion pylorique par un fil. Guérison.

Observation XCI. — De Harven, 1927.

Malade venant consulter pour augmentation de l'abdomen et douleurs dans la fosse iliaque droite, le tout survenu brusquement.

A l'examen on sent une tumeur molle, rénitente volumineuse, ne se déplaçant pas. Le point de Mac Burney est sensible à la pression. Le diagnostic est hésitant entre péritonite bacillaire ou kyste du mésentère.

A l'intervention, on trouve un énorme kyste multiloculaire, développé entre les deux feuillets du grand épiploon. Ablation totale du kyste et du grand épiploon. Guérison sans suites.

Pas d'examen histologique.

VI) ANGIOMES KYSTIQUES (3 observations).

Observation XCII. — Wagener, 1902.

L'auteur eut à examiner une tumeur du grand épiploon se composant de différentes cavités et contenant un liquide hématique. La paroi était formée de tissu conjonctif au milieu duquel se trouvaient de nombreux

follicules lymphatiques. Les plus petites cavités étaient revêtues d'endothélium.

Wagener pense qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

Observation XCIII. — Issalène, 1914.

Enfant de 3 ans, dont la mère avait remarqué depuis deux mois l'augmentation de volume du ventre.

A l'examen, on note, d'une part, l'existence d'une hernie inguinale ; d'autre part, au-dessus de cette hernie, une tumeur arrondie du volume d'une petite noix, surface lisse, arrondie, de consistance presque dure.

A l'intervention, les deux tumeurs sont intimement unies. L'épiploon est entraîné avec elles. A ce moment, on en découvre une autre, faisant également corps avec l'épiploon.

Celui-ci est lié et réséqué. On pratique en outre la cure radicale de la hernie. Guérison sans incidents.

Macroscopiquement : tumeurs ovoïdes, régulières, à surface rougeâtre et lisse, constituée par la séreuse péritonéale, de consistance dure. A la coupe, cavité kystique régulière, à paroi interne tomenteuse, contenant du caséum blanchâtre, comparable au mastic de vitrier.

Histologiquement, paroi fibreuse formée de fibres conjonctives adultes très serrées. Du côté externe de nombreux vaisseaux formant comme une couche vasculaire. Il n'existe pas d'épithélium net. Au sein des fibres conjonctives, amas de cellules rondes, réparties irrégulièrement.

L'auteur en fait un kyste dermoïde. L'examen anatomique n'en donne pas l'impression. On pense au contraire à un angiome kystique.

Observation XCIV. — Quénu, 1923.

Femme de 30 ans, se plaignant de douleurs adominales, présentant un ventre augmenté de volume et pointant en avant. Au palper, tumeur grosse comme une tête d'enfant, arrondie, dure, peu mobile, qui semble séparée de la paroi par une nappe de liquide. Quelques jours après, douleurs vives, faisant penser à un fibrome utérin à pédicule tordu. Intervention d'urgence.

A l'ouverture du ventre, liquide séro-sanguinolent. On extériorise une tumeur dure, violacée, avec, à sa périphérie, des veines grosses comme le pouce et enroulées en spirale.

Elle est pédiculée, s'implantant sur la face antérieure du grand épiploon. Ligature. Guérison de 18 jours. La tumeur pèse 2 kilogs, elle est formée de tissu épiploïque. A la coupe, surface plane de couleur rouge foncé, nombreux orifices vasculaires visibles.

Histologiquement, larges nappes de nécrose en dégénérescences fibroïdes. Dans l'intervalle de ces zones, le tissu néoplasique est formé de

faisceaux conjonctifs fins, entrecroisés, formant un réticulum dont la cavité est gorgée de globules rouges, les travées ne sont pas tapissées d'endothélium. C'est une tumeur au sein de laquelle s'est faite une hémorragie, mais c'est une tumeur vasculaire, avec lacunes renfermant du sang : angiome caverneux simple.

VII. — TUMEURS KYSTIQUES (12 observations).

Observation XCV — Simon, 1858.

Malade de 44 ans venu à Saint-Antoine pour se faire sonder. Le cathétérisme ne ramène rien, mais, à la palpation abdominale, on trouve dans la région hypogastrique, une tumeur arrondie, plus saillante à droite qu'à gauche de la ligne médiane, remontant dans la région ombilicale où elle se perdait. Elle paraissait plonger dans l'excavation du petit bassin et les téguments n'offraient pas de changement de coloration. La mobilité était parfaite, tant sur les téguments superficiels que profonds. Matité nette à la percussion. Pas de douleurs à la pression. La surface était assez régulièrement globuleuse.

À l'interrogatoire, on apprenait que le début remontait à une douzaine d'années et que l'augmentation avait été régulièrement progressive. Le diagnostic fut : tumeur du grand épiploon.

Le malade étant mort du choléra, l'autopsie donna les renseignements suivants : tumeur bleuâtre située dans l'épaisseur du grand épiploon, de surface lisse, légèrement bosselée ; surmontée, dans sa partie inférieure, de deux prolongements épiploïques. La coupe de cette tumeur fait voir qu'elle est constituée par une poche fibreuse, contenant dans ses deux tiers inférieurs et postérieurs un vaste kyste rempli par du sang coagulé couleur rouille, granuleux et sans stratification et qui envoie en haut des diverticules irréguliers, dans une masse grisâtre et creusée de canaux.

L'examen histologique montre que cette masse était constituée par des noyaux et des corps fusiformes.

Observation XCVI. — Talbot 1881.

Homme de 58 ans, ayant depuis deux ans des envies fréquentes d'uriner, avec nausées et vomissements et troubles dyspeptiques. On découvrit, dans la région hypogastrique gauche une petite tumeur qui augmenta rapidement et finit par emporter le malade.

À l'autopsie : gros kyste du grand épiploon, contenant une masse sarcomateuse de 8 kilos environ, renfermant environ 13 litres de liquide. La tumeur était un sarcome alvéolaire.

Observation XCVII. — Thornton, 1882.

Femme de 47 ans. À l'intervention, sarcome kystique rattaché par un fort pédicule au grand épiploon. Guérison.

Observation XCVIII. — Segond, 1893.

Homme robuste, ferblantier, se plaignant depuis quelques mois de pesanteur à l'épigastre, avec augmentation rapide du volume de l'abdomen. On pensa tout d'abord, il y a 8 mois, après ponction exploratrice donnant issue à un liquide sanguinolent, à un kyste du pancréas.

Avant l'opération, l'examen clinique montra l'existence d'une tumeur volumineuse, offrant les caractères d'un kyste uniloculaire à contenu liquide, paraissant peu mobile, de forme globuleuse, indolore à la pression et qui fit poser le diagnostic de kyste du péritoine.

A l'intervention, évacuation de 7 litres de liquide. La poche adhéra dans toute son étendue aux feuillets du grand épiploon. On obtint ainsi un vaste kyste uniloculaire à parties blanchâtres, fibreuses et peu épaisses. La paroi interne était lisse, avec en un seul point un épaississement limité, mais net.

A l'examen histologique, fibrosarcome kystique du grand épiploon.

Observation XCIX. — Bergmann, 1897.

Homme de 50 ans, présentant depuis 20 mois une tuméfaction de l'épigastre indolore. Augmentation du volume de l'abdomen depuis 8 mois. Depuis 6 mois, crises de dysenterie. Admis à l'hôpital, on fit deux ponctions successives. Il sortit 400 cc. environ de liquide hémattique. Matité à la percussion. Poumons et cœur normaux.

A l'intervention, petite quantité d'ascite et énorme tumeur kystique, mobile dans tous les sens, sauf vers le haut où elle était fortement fixée. Deux ponctions sont faites qui donnent issue à une grande quantité de liquide séro-hémattique. Extirpation. Guérison sans suites.

L'examen macroscopique montra que la tumeur était un kyste multiloculaire, à parois fines, dont une cavité contenait du liquide hémattique, les autres du liquide jaune foncé. La capsule présentait parfois une paroi fine, sauf à la partie supérieure, où elle était très épaisse.

A l'examen microscopique, il s'agirait, dit l'auteur, d'un « endothélioma carcinomatosum ».

La tumeur extirpée fut étiquetée : kyste multiloculaire de l'épiploon ayant subi une dégénérescence maligne à sa partie supérieure.

Observation C. — Keen, 1898.

Homme de 48 ans. Quinze mois auparavant avait remarqué dans la partie inférieure droite de l'abdomen une masse un peu plus grosse qu'un œuf. Elle augmente peu à peu de volume, en dernier lieu avec assez de rapidité pour finir par remplir l'abdomen et provoquer des troubles respiratoires ainsi que des envies fréquentes d'uriner. Pas d'autres symptômes. Gros amaigrissement. A l'opération, on évacua par ponction deux

litres de liquide foncé hématique. On tomba ensuite sur la tumeur qui était un kyste développé aux dépens du grand épiploon.

A l'examen histologique, sarcome mixte, à prédominance de cellules rondes. Il était devenu secondairement kystique par des hémorragies successives. Guérison sans suites.

Observation CI. — Lecène et Lance, 1903.

Femme de 60 ans présentant depuis 4 ans une tumeur abdominale qui grossissait lentement.

A l'examen, masse polykystique volumineuse, formée d'une partie fluctuante et d'autres très dures. La tumeur est indépendante de l'utérus. On pense à un kyste multiloculaire de l'ovaire.

A l'opération, grosse masse contenant 7 à 10 litres de liquide jaune citrin, épais, siégeant dans le grand épiploon. Rien à l'ovaire. Guérison sans suites.

A l'examen macroscopique, les parois du kystes sont irrégulières, épaissies sur certains points. A la surface, plusieurs petits kystes inflammatoires pédiculés.

Histologiquement, kyste revêtu d'un épithélium cylindrique, calciforme, rappelant celui que l'on trouve dans les épithéliomes mucoïdes de l'ovaire et dans les tumeurs villeuses de l'intestin.

Observation CII. — Bidwell, 1905.

Homme de 62 ans Bonne santé antérieure. Augmentation progressive de l'abdomen depuis quelques mois. A la ponction, on retira 28 litres de liquide teinté de sang. On sentit alors une masse dure. On pensa à une affection maligne de l'épiploon.

A l'intervention, tumeur kystique du grand épiploon. Guérison. L'examen histologique ne fut pas fait.

Obsevation CIII. — Litchkoust 1909.

Jeune fille de 20 ans. Signes de kyste de l'ovaire.

A l'opération, grosse tumeur kystique du grand épiploon enlevée d'un bloc. La tumeur, vide de liquide, pesait 500 grammes. Il y avait une masse de lobes fusionnés entre eux, les uns mous et fluctuants, les autres durs comme du cartilage.

Histologiquement, il s'agissait donc d'un sarcome kystique à petites cellules.

Observation CIV. — Koutassoff, 1910.

Femme de 40 ans, entrant pour tumeur de la partie inférieure de l'abdomen, apparue il y a 5 mois.

A l'examen, abdomen distendu par une tumeur médiane dure, arrondie, du volume d'une tête d'enfant, lisse, très mobile dans tous les sens par la palpation et les changements de position. La tumeur est mate, limitée en haut par une zone de sonorité ; signes d'ascite. On pense à une tumeur développée aux dépens des annexes gauches.

A l'opération, tumeur dépendant du grand épiploon auquel elle est reliée par un pédicule court et épais. Section de celui-ci. On enlève la tumeur, d'où une ponction avait retiré du liquide séreux, incolore. Guérison sans encombre. Malade revue 8 ans 1/2 après, en parfait état.

A l'examen, poche volumineuse, avec une paroi épaisse de 5 à 7 millimètres et une partie solide.

Histologiquement, pas d'épithélium de revêtement, la structure doit la faire étiqúeter cystosarcome kystique du grand épiploon.

Observation CV. — Guérain, 1910.

Femme de 55 ans. Coliques hépatiques dans les antécédents. Depuis deux ans, voit son ventre augmenter, surtout depuis quelques mois. Dyspnée depuis 15 jours, avec apparition d'un épanchement pleural droit. Pas d'amaigrissement.

A l'examen, circulation veineuse très marquée. On sent dans la région ombilicale médiane, une tumeur paraissant assez dure et qui donne un peu de ballotement. Signes légers d'ascite. Rien au toucher vaginal. Signes classiques d'un épanchement moyen de la base droite : à la ponction, liquide jaune un peu orangé. On en retire 3 litres, montrant la présence de nombreuses cellules endothéliales. On pense à un kyste de l'ovaire dégénéré, avec généralisation pleurale, ou à une cirrhose avec pleurésie droite, coïncidant avec un kyste ovarique.

A l'intervention, issue d'une assez grande quantité d'ascite claire ; la tumeur apparaît avec un aspect blanc qui rappelle le kyste de l'ovaire, sans végétations néoplasiques. Adhérences à la grande courbure de l'estomac et à l'épiploon qui entoure complètement la tumeur. On les lie, ainsi qu'un assez grand nombre de pédicules vasculaires. La tumeur est alors extirpée et l'on constate que les ovaires sont sains. On se rend compte qu'il s'agit d'une tumeur kystique du grand épiploon de nature maligne, avec probablement généralisation pleurale. Guérison en 3 semaines, avec disparition rapide et progressive de l'épanchement.

Macroscopiquement, la tumeur enlevée est du volume d'une grosse tête de fœtus ; une fois ouverte, elle montre en son intérieur de nombreuses formations kystiques à liquide clair. Nombreux points d'aspect malin.

Histologiquement, la périphérie est formée d'une zone de tissu fibreux dense, qui forme une capsule à la tumeur. Le tissu néoplasique est constitué par un amas de grosses cellules épithéliales, sans ordre, au

sein d'un stroma fibrillaire réduit. Il s'agit très vraisemblablement d'un endothéliome.

Obsevation CVI. — Nash, 1911.

Femme de 45 ans, prise, au cours d'un effort, d'une violente douleur à l'abdomen. On constate un peu de sensibilité au-dessous et à gauche de l'ombilic, puis il se développe une ascite. Opération 17 jours après le début. Laparatomie. Il s'écoule environ 7 litres de liquide sanglant. Plusieurs fibromes utérins sous-péritonéaux, dont le plus gros est enlevé. Dans la partie supérieure de l'abdomen, masse molle, charnue, qui n'est autre que le grand épiploon infiltré de sang. Il est réséqué au ras du côlon. A gauche, le moignon est épais et infiltré de sang, ainsi que le péritoine au voisinage de l'angle splénique. Fermeture de la plaie et guérison normale. Quarante jours après, phlébite de la jambe droite. Puis l'ascite réapparaît et force à réintervenir. On enlève une grande quantité de liquide sanguinolent. On tamponne les points qui saignent, mais l'hémorragie continue. Mort le lendemain.

A l'autopsie, nodules nombreux sur la surface du péritoine, de l'estomac et du foie, de la rate, ainsi qu'à la surface des poumons.

Examen histologique très sommaire, montrant l'arrangement typique radié des cellules, autour de la lumière des vaisseaux sanguins. Graisse épiploïque infiltrée, par place, de cellules rondes.

Cas douteux. Vu l'aspect peu précis de l'observation, on ne peut affirmer l'existence d'une forme kystique de l'angiosarcome.

VIII. — KYSTES DERMOIDES (9 observations).

En 1920, Aimes trouvait 15 observations de kystes dermoïdes du grand épiploon. En reprenant ces dernières, nous avons constaté que les cas de Lexer, Chancenotte, Issalène, ne rentraient pas dans le cadre des kystes dermoïdes. D'autre part, il nous a été impossible de nous procurer les articles de Buchanan, Griffiths, Bonfigli, Segall, et Waldy. En y ajoutant deux publications parues depuis l'article d'Aimes, nous arrivons ainsi seulement à un total de 9 cas.

*Observation CVII. — Ruys, 1734 (d'après Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, cité par Rivé).*

A l'autopsie d'une femme morte « d'hydropisie », l'auteur trouva dans l'épiploon une tumeur de la grosseur du poing, renfermant « de la graisse et des poils (?) ».

Observation CIII. — Laffize, 1792 (d'après Lebert, cité par Rivé).

A l'autopsie d'une fillette de 15 ans, l'auteur rencontra dans l'épiploon une tumeur qui contenait « des cheveux et des dents ».

Observation CIX. — Higmore, 1818 (d'après Lebert, cité par Chancelotte et par Rivé).

Tératome kystique du grand épiploon ; jeune homme de 16 ans, à l'autopsie duquel on trouva une tumeur occupant l'épigastre et l'hypocondre gauche et qui contenait « des poils, un rachis, un intestin, deux membres supérieurs, un inférieur et un cordon ombilical près duquel se trouvait un gros vaisseau rompu ».

Observation CX. — Taruffi, 1886.

Femme chez laquelle l'auteur découvrit un kyste dermoïde épiploïque contenant « une poignée de cheveux et une masse sébacée ».

Observation CXI. — Abbé, 1895.

Femme adulte présentant les signes cliniques d'un kyste de l'ovaire. A l'intervention, après avoir enlevé celui-ci, l'auteur trouva un deuxième kyste dermoïde, attaché au grand épiploon de 10 centimètre de diamètre, contenant des touffes de cheveux, des matières sébacées et même des dents.

Observation CXII. — Lacyfirth, 1898 (cité par Aimes).

L'auteur opérant une malade pour kyste de l'ovaire, trouva 6 kystes dermoïdes du grand épiploon.

Observation CXIII. — Lipscher, 1903.

L'auteur en faisant une laparatomie chez une femme de 45 ans. pour une rate mobile, trouva un kyste dermoïde rattaché au grand épiploon par un pédicule.

Observation CXIV. — Webb Johnson, 1925.

Femme de 40, se plaignant de crises douloureuses dans le flanc gauche, avec irradiation dans la région inguinale et de mictions douloureuses et fréquentes. Urines purulentes.

Radiographie : pas de calculs dans la région rénale, mais dans le bassin on note une ombre de forme irrégulière, du volume d'une prune. Une radiographie après cystoscopie, montre que l'ombre n'a aucun rapport avec l'uretère.

A l'intervention, on trouve une petite tumeur dure, irrégulière, mobile, très adhérente au grand épiploon et en bas attachée à la paroi postérieure de la vessie. Guérison.

A la coupe, la tumeur est mixte, avec une partie dure, osseuse, calcifiée, et une partie kystique. Celle-ci contenait une masse de cheveux et des matières sébacées. Pas d'examen histologique.

Observation CXV. — Zeno, 1930.

Femme de 62 ans, souffrant de digestions laborieuses depuis 22 ans. Douleurs vives à l'épigastre, avec vomissements bilieux par périodes. Depuis 10 ans, les douleurs apparaissent sous forme de coliques dans le flanc droit. Plusieurs fois, on fit le diagnostic de lithiase biliaire, puis, à la suite d'une crise douloureuse dans le flanc droit, d'appendicite aiguë.

A l'intervention, il s'écoule par l'incision de Mac Burney un peu de séro-pus contenant du colibacille. Aucune lésion à l'appendice. Fermeture de la plaie et drainage. On fait alors une incision sus-ombilicale médiane. Estomac et duodénum normaux, vésicule sans calcul. On soulève alors le grand épiploon et on découvre à sa face postérieure un kyste du volume d'une mandarine, qui porte une perforation à contours irréguliers, de 6 millimètres de diamètre. Résection du kyste et de l'épiploon adjacent. Fermeture sous drainage. Guérison sans suites.

Macroscopiquement, il s'agissait d'un kyste dermoïde contenant de la matière sébacée et dont la paroi était en partie calcifiée.

Pas d'examen histologique.

IX. FAUX KYSTES DE L'ÉPIPLOON (9 observations),

1^o Hématomes enkystés (7 observations).

Observation CXVI. — Observation personnelle (Favreul-Duverger, 1941).

M. Pl..., 44 ans, est envoyé à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 13 novembre 1940, pour des phénomènes d'occlusion. Mobilisé en mars 1940, il part en Algérie le 14 mars. Là, il contracte la dysenterie vers la fin d'avril ; au bout de 15 jours il est guéri, le 2 septembre il revient en France, il est alors hospitalisé à Marseille avec le diagnostic de « courbature fébrile », il se sent asthénique mais n'a ni frisson ni sueurs. Sa température atteint 39°5 un jour, puis retombe à la normale.

Depuis l'épisode dysentérique d'avril 1940, le malade accuse une légère douleur dans l'hypocondre gauche. Il a maigri de 9 kilogrammes et présente des troubles digestifs caractérisés par des vomissements. Le 25 septembre, le malade, de retour chez lui, présente de la diarrhée non sanglante. Il reste alité. En essayant de se lever pour aller à la selle, il perd connaissance pendant un temps qu'il ne peut préciser, puis il se plaint de douleurs atroces, dit-il, au niveau de l'hypocondre gauche, irradiant à tout le ventre.

Un médecin appelé fait un traitement local. Dans les jours qui suivent, le malade remarque que son ventre augmente de volume ; il se plaint de vertiges ; huit jours après cette syncope, il entre à l'hôpital avec des phénomènes de subocclusion : douleurs abdominales, ballonne-

ments du ventre, vomissements, arrêt des matières et des gaz. — La température est à 38°.

A l'examen, on est frappé par l'état de l'abdomen qui est asymétrique : la moitié gauche étant plus développée que la moitié droite. On remarque un peu de circulation collatérale dans la région de l'hypocondre et du flanc gauches. A la percussion, matité partant de l'hypocondre gauche, s'arrêtant à deux travers de doigts au-dessus des crêtes iliaques et atteignant la ligne blanche médiane ; le reste de l'abdomen est météorisé ; pas de matité hépatique au-dessous des fausses côtes. A la palpation on sent une masse douloureuse, rénitente, ne donnant pas le contact lombaire, occupant l'hypocondre gauche, le flanc gauche, jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de la crête iliaque, s'arrêtant sur la ligne médiane à un travers de main du pubis.

Les jours suivants, les douleurs s'atténuent, mais la masse dépasse la ligne médiane et peut être sentie dans les régions sous-hépatique et para-ombilicale droite, à travers les anses intestinales interposées entre la peau et elles, mais on ne sent pas de bord crénelé. Cette masse reste douloureuse quelques jours, puis les douleurs finissent par disparaître.

A l'examen de l'appareil respiratoire, matité de la base gauche, avec diminution du murmure vésiculaire ; une ponction exploratrice ramène un liquide citrin. L'examen radioscopique confirme cet épanchement.

En examinant l'abdomen, on remarque une masse énorme occupant tout le ventre, ne laissant comme espace clair qu'une partie du flanc et de la fosse iliaque droite. Les autres appareils sont normaux.

Deux formules sanguines montrent : la première une légère anémie, la seconde, rien de particulier.

Une ponction exploratrice ramène un liquide hématique : on pense à un kyste hématique de la rate.

Le 29 novembre, le docteur Favreul fait une laparotomie et découvre un kyste du grand épiploon très adhérent aux organes voisins. On en retire 5 litres de liquide hématique. Marsupialisation et drainage.

L'examen histologique, dû à l'amabilité de M. le Docteur Castagnary, que nous tenons à remercier vivement, nous fournit les renseignements suivants : il s'agit d'une paroi fibreuse avec œdème du tissu conjonctif, raptus hémorragiques et pigments sanguins, pas de paroi endothéliale.

Les suites opératoires sont bonnes.

Observation CXVII. — Rouiller, 1884.

Homme de 76 ans, ayant vu son ventre grossir progressivement depuis deux ans. Il avait reçu, 20 ans auparavant, un coup de tampon de wagon dans l'hypocondre droit. Mort.

A l'autopsie, on trouve dans le flanc droit, une volumineuse tumeur

du grand épiploon, lisse, blanc rosée à parois épaisses, contenant un liquide séro-sanguinolent noirâtre. Elle adhérait. Pas d'examen histologique.

Observation CXVIII. — Cotman, 1902.

Homme de 21 ans qui avait reçu trois mois auparavant un coup violent dans l'abdomen. En état d'occlusion depuis 5 jours. Malade amaigri et abdomen distendu. Au cœur, double souffle aortique et souffle mitral. Vomissements nombreux.

A l'intervention, on tomba sur une grosse tumeur pulsatile, recouverte en partie par l'estomac. Celui-ci ayant été remonté à sa position normale, on tenta de libérer la tumeur, celle-ci se rompit et il s'en échappa une grande quantité de liquide clair semblable à du blanc d'œuf et d'odeur acide. La tumeur communiquait avec la face postérieure de l'estomac, par une ouverture irrégulière en forme de fente, admettant facilement le bout du doigt. On vit ensuite que la tumeur était un kyste hématique, développé entre les feuillets du grand épiploon et faisant saillie dans l'arrière-cavité péritonéale. Vu l'état général du malade, le kyste ne fut pas extirpé. Mort quelques heures après.

A l'autopsie, kyste de la grosseur du poing, à parois très épaisses et pigmentées.

Pas d'examen histologique.

Cas très douteux. Il s'agit probablement, comme pense Aimes, d'un hématome enkysté, suite d'ulcère perforé, plutôt que d'un kyste.

Observation CXIX. — Fort, 1907.

Fillette de deux ans et demi. Augmentation du volume de l'abdomen depuis 18 mois. Bon état général. Très légère dyspnée à l'effort.

A l'examen, grande distension de l'abdomen, dilatation des veines sous-cutanées. Matité complète à la percussion. Sensation de flot très nette. Température normale. Par la ponction, on retira trois litres environ de liquide hématique foncé. On décida d'intervenir.

Après l'ouverture du péritoine, une tumeur sombre se présenta. On put l'extraire sans rupture par l'incision. Elle s'étendait du pylore jusqu'aux replis de l'épiploon gastrosplénique ». Il n'y avait pas d'adhérences. Guérison sans séquelles.

A l'examen macroscopique, on constate l'absence d'une capsule distincte, le liquide étant entre les replis du grand épiploon. Grande vascularisation du tablier épiploïque. Le liquide contenait de l'albumine et de nombreux globules sanguins altérés.

Pas d'examen histologique.

Observation CXX. — Hollemann, 1908.

Femme de 19 ans, se plaignant depuis 6 ans de douleurs dans le côté gauche du ventre. A la palpation, tumeur du côté gauche de l'utérus, ferme, élastique, et très douloureuse. Mobilité très limitée. On pense à un kyste de l'ovaire inclus dans le bassin.

A l'opération, on retire par colpotomie un kyste à contenu noirâtre, appendu par un pédicule au bord inférieur du grand épiploon. Après incision, la tumeur est extirpée et l'épiploon reporté dans la cavité abdominale. Guérison sans incidents. La tumeur se compose d'un sac d'une épaisseur de 3 mm. à surface externe entièrement lisse.

Histologiquement, la paroi se composait de tissu conjonctif pauvre en cellules, entre lesquelles se trouvaient réparties des leucocytes clairsemés. Pas de traces d'épithélium à la surface interne.

L'auteur pense à une hémorragie intra-épiploïque enkystée.

Observation CXXI. — Dujarier, 1909 (cité par Guerlain).

Femme ayant une hernie gauche irréductible et chez qui on porta le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu.

A l'ouverture du ventre, collection liquide du volume d'une tête d'enfant, située à l'intérieur du grand épiploon. Celui-ci, fixé dans la hernie, avait adhéré au niveau de ses deux bords et il s'était produit une double torsion : une au niveau du collet de la hernie, une près du côlon transverse ; le segment intermédiaire de l'épiploon était dilaté par un épanchement liquide, de coloration hématique, dû aux troubles circulatoires consécutifs à la torsion. Guérison sans accidents.

Observation CXXII. — Oberlin, 1921.

Homme de 22 ans, serré entre les tampons de deux wagons. Deux ponctions à 15 jours d'intervalle ramènent du liquide ascitique hémorragique. Le blessé reprend son travail et c'est par hasard que 5 mois 1/2 après, on découvre un kyste intra-abdominal parfaitement mobile. Il est étiqueté kyste de l'épiploon ou du mésentère. La laparatomie le montre comme substitué à l'épiploon et ne tenant au bord inférieur du côlon transverse que par des adhérences lâches ne nécessitant pas de ligatures. Guérison sans suites.

Ouverture de la pièce : issue de liquide noirâtre et visqueux.

Histologiquement, paroi constituée par une bande épaisse, fibreuse, avec, par places, dépôts de cristaux de cholestérine. Pas de revêtement épithélial sur la face interne. Contenu gélatineux ayant formé un dépôt important de globules rouges. Il s'agit d'un kyste hématique du grand épiploon ou, plus exactement, d'un hématome enkysté.

2^e Corps étrangers enkystés (2 observations).

Observation CXXIII. — Kummer, 1923.

Femme de 24 ans. Volume de l'abdomen ayant augmenté depuis trois mois, avec douleurs et pollakiurie. On pense à un kyste abdominal. En palpant l'abdomen, tumeur arrivant à l'ombilic, de surface lisse, de consistance élastique, fluctuante, un peu douloureuse à la pression, immobile dans tous les sens. Elle pénètre dans le petit bassin. On pense à un kyste de l'ovaire droit.

A l'intervention, tumeur complètement recouverte par le grand épiploon. Les organes pelviens sont sains. Le kyste est rattaché au grand épiploon par un pédicule. Ligature et section de celui-ci, large de 6 à 8 cent. Guérison en 14 jours. Macroscopiquement, le kyste présente une coque de tissu fibreux de 2 à 3 mm. d'épaisseur, contenant un liquide hématique de couleur brunâtre avec amas de fibrine. Au milieu, on retire un corps allongé, noirâtre qui est le bout périphérique d'une sonde anglaise de calibre 14 ou 15 de la filière Charrière. On apprend par l'interrogatoire, que la malade, se croyant enceinte, s'était introduit dans l'utérus une sonde en gomme et n'avait pu réussir à la retirer. Elle n'avait ressenti aucune douleur et n'avait commencé à souffrir qu'il y a trois mois.

Histologiquement, la face externe est formée de tissu fibreux bien vascularisé, puis il existe une zone hémorragique, avec trainées de tissu conjonctif néoformées et cellules pigmentées par hémosidérine. La face interne présente de nombreux cristaux de cholestérine englobés dans des cellules géantes. Le liquide épais, d'aspect savonneux, contient des cellules en voie de dégénérescence graisseuse, des cristaux de cholestérine, des leucocytes.

Observation CXXIV. — Rivé, 1932.

Homme de 30 ans déjà opéré d'appendicite, « de l'estomac », de lithiase rénale. Un an après la dernière intervention, ressentit une gêne dans l'hypogastre avec cystalgie. Peu après apparaît une tuméfaction rénitente, indolore, sans atteinte de l'état général. Une radiographie montra une tumeur abdominale sans qu'une étiologie quelconque puisse être proposée. Revu au bout de trois mois, on constate à ce moment une tumeur médiane, ovulaire, hypogastrique, rénitente, mate à la percussion, indolore, ressemblant à une vessie distendue jusqu'à l'ombilic. Au toucher rectal, on sent à bout de doigt le pôle inférieur de la masse et par le toucher bimanuel, on constate l'enclavement de la cavité pelvienne et la netteté des contours. Elle a le volume d'une tête d'enfant, elle est relativement mobile, mais reste amarrée au petit bassin. Rien à signaler par ailleurs. On opère sans pouvoir faire aucun diagnostic précis.

Dès l'ouverture du péritoine, la tumeur apparaît assez adhérente au côlon pelvien. Elle est coiffée du grand épiploon qui l'enveloppe entièrement. On trouve un plan de clivage et on énuclée une masse de la forme et du volume d'une noix de coco. Il suffit de faire trois ligatures pour l'enlever. Guérison sans suites. Se maintient au bout de 18 mois. Macroscopiquement, la masse pesait 830 gr., elle est régulière, la paroi en est blanc rosé parsemée de nombreux vaisseaux. Aspect général d'un kyste dermoïde. A la coupe, il s'écoule un liquide gras, épais, ressemblant à du liquide sébacé. Puis on trouve une pseudo-membrane grasse et gluante qui, après avoir été passée à l'éther, se révèle être une grande compresse de 35/12 à peine détériorée. La paroi interne est lisse, parcourue par transparence de nombreux vaisseaux propres.

Histologiquement, la paroi externe est formée par du tissu conjonctif lâche et fibrillaire, où courent de nombreux vaisseaux ; une zone moyenne fibreuse, dense, pauvre en éléments cellulaires ; une couche interne où les fibres conjonctives sont minces, étroitement unies, où les faisceaux sont séparés par des intervalles comblés par des fibroblastes.

X. KYSTES INCLASÉS (9 observations).

Nous classons sous cette rubrique tous les cas dont les examens cliniques sont incomplets ou dont les examens microscopiques manquent totalement de précision.

Observation CXXV. — Doran, 1882.

Femme de 58 ans, souffrant depuis longtemps de symptômes rappelant ceux des kystes de l'ovaire. Elle avait été ponctionnée plusieurs fois.

A l'opération, gros kyste du grand épiploon qui l'enfermait complètement. Suites normales. Guérison.

Pas d'examen histologique.

Observation CXXVI. — Gooding, 1857.

Jeune fille de 22 ans, qui depuis 4 ans a vu « une grosseur » se développer dans la fosse iliaque droite. Depuis quelques mois, cette tumeur d'abord mobile, devient douloureuse et fixe, s'accompagne de vomissements. On pense à un kyste de l'ovaire tordu.

A l'intervention, kyste de l'épiploon. Guérison persistant au bout de 17 mois.

Pas d'examen histologique.

Observation CXXVII. — Bush, 1896.

Homme de 25 ans, souffrant dans le flanc gauche depuis 4 jours. On le met en observation durant une semaine : il continue de souffrir et eut la

fièvre entre 38° et 39°. On pense à une péritonite de cause indéterminée et on intervient. On trouve un épiploon formé en une masse sombre, rénitente et fluctuante. Grosse hémorragie profuse pendant l'intervention. Mort deux jours après.

A l'autopsie, nombreux foyers hémorragiques, dont un rétro-péritonéal. Pas d'examen histologique.

Observation CXXVIII. — Rose, 1898.

Femme adulte opérée pour kyste multiloculaire de l'ovaire. 15 jours après l'intervention se plaignit de douleurs dans les reins à droite. L'examen montra une tumeur occupant la région lombaire droite et s'étendant en haut sous les rebords costaux. On fit le diagnostic de tumeur du rein.

A l'opération, kyste multiloculaire de l'épiploon. Guérison, sans séquelles.

Pas d'examen histologique. Ne peut être classé par suite des renseignements trop succincts.

Observation CXXIX. — Karas, 1908.

A l'autopsie d'une femme de 38 ans, tumeur polykystique de la moitié droite du grand épiploon. Paroi mince. Contenu clair. Paroi fibreuse limitée par une assise de cellules plates qui, en certains endroits, sont épithélioïdes. Beaucoup de celles-ci sont ciliées.

Observation trop imprécise pour être classée.

Observation CXXX. — Funk, 1914.

Jeune fille de 17 ans. Il y a 3 ans a remarqué une légère augmentation du volume du ventre. Celle-ci s'est poursuivie progressivement depuis. Jamais de troubles fonctionnels. Il y a un an, vives douleurs inguinales bilatérales, avec fièvre, frissons, pollakiurie. La tumeur reste sans changement depuis 8 mois.

A l'examen, malade très amaigrie, tout l'abdomen est distendu. Sensation de flot évidente. Matité et celle-ci ne se déplace pas avec le changement de position de la malade. Le toucher vaginal est négatif. On fait le diagnostic de tuberculose péritonéale, avec point de départ appendiculaire probable. A l'intervention, kyste abdominal, mais sans attache pelvienne. On ouvre le kyste, on évacue plus de 15 litres de liquide clair, on sépare facilement le kyste de l'épiploon.

Histologiquement, paroi d'épaisseur régulière, formée de tissu fibreux. La face interne est constituée d'une seule rangée de cellules qui avaient sécrété le liquide kystique. L'imprécision de l'examen histologique ne permet pas de conclure sur l'étiologie de la tumeur.

Observation CXXXI. — Smith, 1929.

Enfant de 4 ans, bien portant, présentant brusquement quelques douleurs abdominales vives et une augmentation de volume du ventre.

A l'examen, tumeur ombilico-pubienne lisse et tendue. Diagnostic clinique incertain.

A la laparatomie, formation polykystique du grand épiploon adhérente à la paroi abdominale. Les kystes contiennent une matière gélatineuse incolore.

Histologiquement, la paroi est formée de tissu conjonctif plus ou moins ferme, sans revêtement épithélial.

Observation CXXXII. — Bloodgood (cité par Kenny et Masson).

Fille de 2 ans. Augmentation du volume de l'abdomen depuis 21 mois. On décida d'intervenir et on trouva un kyste dans la cavité péritonéale. Il fut ouvert et drainé. Revue en bonne santé un an après.

Observation par trop succincte pour être classée.

Observation XXXIII. — Bloodgood.

Enfant de 4 ans qui présenta à l'intervention un énorme kyste lymphatique mesurant $27 \times 20 \times 10$ cm. issu du grand épiploon. Dans la paroi, on trouva inclus d'autres petits kystes. Revu en bonne santé un an plus tard.

Pas d'examen histologique.

Conclusions.

I. — Les kystes du grand épiploon sont des formations kystiques non parasitaires, intéressant primitivement et électivement le grand épiploon. Le premier cas connu est celui de Gairdner. Depuis cette date, nous avons pu recueillir 133 observations, y compris une inédite. On peut les classer en : lymphangiomes vrais — épiploïtes fibro-kystiques — dysembryomes — angiomes kystiques — tumeurs kystiques (généralement sarcomateuses) — kystes dermoïdes — faux kystes comprenant les hématomes enkystés et les corps étrangers enkystés.

II. — Ces kystes surviennent chez l'adulte, et souvent aussi chez l'enfant, la proportion variant suivant les auteurs de 30 à 40 %. On les rencontre aussi bien chez la femme que chez l'homme et ils ne sont pas spéciaux à la race blanche.

III. — Il s'agit le plus souvent de tumeurs multiples ou multiloculaires, volumineuses, à contenu séreux, hématique, ou séro-hématique. Nous avons même recueilli une observation de kyste chyleux. On peut en distinguer deux variétés : intra-épiploïque et extra-épiploïque. Ils se développent, soit au-dessus du côlon transverse, soit au dessous de lui, soit enfin dans tout l'épiploon, particularité spéciale aux épiploïtes fibro-kystiques et aux dysembryomes. Ils peuvent occuper les régions les plus diverses de l'abdomen et présentent souvent des adhérences, surtout à la paroi abdominale antérieure et au côlon transverse.

IV. — Ils sont caractérisés, au point de vue histologique, pour ce qui est des lymphangiomes, par une paroi conjonctive, très vascularisée, et à revêtement endothélial. Les kystes séro-hématiques et les tumeurs kystiques n'ont pas de caractéristiques histologiques spéciales. Pathogéniquement, les hypothèses les plus diverses ont été émises. Il semble toutefois que ces tumeurs sont d'origine congénitale et liées à un trouble dans le développement du système lymphatique.

V. — Les signes cliniques sont souvent peu marqués et n'ont jamais, quand ils existent, qu'une signification banale. Les signes fonctionnels se résument en des phénomènes douloureux. Les signes physiques sont ceux d'une tumeur kystique, située immédiatement en arrière de la paroi abdominale antérieure, mobile, de consistance élastique et mate.

VI. — Les complications sont des plus rares. La torsion du pédicule est la plus fréquente. Le pronostic est bénin et la guérison après l'intervention chirurgicale est la règle. La proportion des décès après opération est très restreinte. Aucun auteur n'a décrit de cas de récurrence.

VII. — La confusion est fréquente avec l'ascite tuberculeuse chez l'enfant et le kyste de l'ovaire chez la femme. On doit également éliminer les différentes tumeurs abdominales, en particulier les kystes du mésentère. Mais on doit reconnaître que le diagnostic exact a été posé très rarement, la proportion donnée par les auteurs allant de 2 à 4 %.

VIII. — L'extirpation est le procédé de choix ; elle est presque toujours possible, généralement facile, et donne le plus souvent de fort beaux résultats. Dans les épiploïtes et surtout les dysembryomes, il faudra habituellement la compléter par des séances de radiothérapie.

VU : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

VU : *Le Président,*
H. MONDOR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
MAURAIN.

Bibliographie.

- ABBE. — Kystes dermoïdes du grand épiploon et du péritoine pariétal. *Anal. of Surgery*, vol. XXI, 1895.
- AIMES. — Les tumeurs du grand épiploon. *Progrès médical*, n° 1, 4 janvier 1920.
- AIMES. — *Chirurgie du grand épiploon*. 1 vol., Paris 1920.
- ANSIMOFF. — Un cas de lymphangiome kystique du grand épiploon. *Chirurgia*, t. XXIX, n° 171, mars 1911. Anal. in *Jour. de Chir.*, t. VI, 1911.
- ASEKION. — *Contribution à l'étude des tumeurs intra-abdominales*, Thèse Paris, 1891.
- AREELA (L.). — Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio delle cisti linfatiche del grande epiploon. *Policlin. Roma*, t. XXIX, Sez. chir., 1922.
- AUDRY. — Les tumeurs de l'épiploon. *Lyon médical*, 1889.
- AUTOIS. — *Des kystes hydatiques du grand épiploon*. Thèse Paris, 1902.
- BERGER et ROTHENBERG. — Kystes omentaux, mésentériques et rétro-péritonéaux. *Surgery*, vol. V., n° 4, avril 1939.
- BERGMANN. — *Saint-Petersburg. Medic. Wochenschrift*, 1897.
Anal. in *Ann. de gynec. et d'obstétr.*, 1, IV, 1909.
- BERNADET. — Kyste sereux du grand épiploon. *Gynécologie et Obstétrique*, t. XI, 1925.
- BICHON. — *Les kystes hématiques du grand épiploon*. Thèse Toulouse, 1896.
- BIDWELL. — *Brit. Medic. Journ.*, 1905.
- BLOODGOOD (T. C.). — Voir articles Kenney et Mason.
- BONAMY. — *Des sarcomes primitifs du grand épiploon*. Thèse Paris, 1907.
- BONFIGLI. — *Smidt's Iatr.*, Bd LXV, p. 180.
- BORCHERS (E.). — Lymphangioma Cysticum des grossen Netzes. *Munchen Mediz. Wochenschr.*, t. LXVI, 1919, et *Brun's Beiträge zur klinische Chirurgie*, t. CXVIII, 1920.
- BORST. — *Die deh. von Gen. Gesch. Bergmann*, 1905, 1 vol.
- BOYD. — Cyst of the omentum. *Clinical Journ. of London*, fasc. XXI, 1904.
- BRAITHWAITE. — *The Lancet*, London, 1898.
- BRANDT. — Kyste de l'épiploon. *Zentralblatt für Gynäk.*, 1894.
- BRETTE et DUVAL. — Kyste du grand épiploon. *Académie de Chirurgie*, séance du 19 avril 1939.
- BRIGHAM. — *Lectures*. San Francisco, 1910. Voir article Stillmann.
- BUCHANAN. — *American Lancet*. Détroit, 1891.
- BUSH. — *Lancet*, 1896.
- CAZIN. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1893.
- CAMUS. — *Étude des néoplasies primitives du grand épiploon*. Thèse Paris, 1892.
- CHAILER. — Kyste hématique du grand épiploon rempli dans la cavité abdominale. *Société des Chirurgiens de Paris*, 31 janvier 1923.
- CHANCELOTTE. — *Kystes dermoïdes sous-péritoneaux*. Thèse Paris, 1903.
- COPELLO. — *Bol. y trab. Soc. chir. Buenos Ayres*, 1923.
- CORDERO (A.). — Contribution à l'étude des kystes de l'épiploon. *La clinica chirurgica*, t. XVIII, n° 12, 31 dec. 1910. Anal. in *Journ. de Chir.*, t. VI, 1911.

COSTA. — *Gior. internaz. d. sc. med.*, Naples, 1908.

COTMAN. — *Brit. Medic. Journ.*, 1902.

DELMEZ. — *Les tumeurs intra-abdominales*, Thèse Paris, 1891.

DESCOMPS (Pierre). — Deux cas de kystes séreux, préduodéno pancréatiques. Discussion du rapport de M. Lecène. *Société chir.*, Paris, séance du 2 juin 1940.

DEWITZKY (W.) et MOROSOW (A.). — Sackformigl. Lymphangiom des grossen Netzes. *Arch. f. Kinderheilk.*, t. XVII, 1905.

DIAS (Antonio). — Kyste du grand épiploon. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. LXIV, n° 25, séance du 26 oct. 1938.

DORAN (A.). — *Transact. obstetric. Society London*, 1882.

DOWD. — *Ann. of Surgery*, 1911.

DUJARIER (Ch.). — Addendum à la traduction résumée de l'observation Seefisch. *Journ. de Chirurg.*, t. III, 1909, p. 677.

EDEBOHLS. — A case of mental cyst. *New York Journ. Gyn. and Obst.*, 1893.

ERDHEIM. — *Wien. Klin. Rundschau*, t. X, 1896.

EWING. — *Néoplastic Diseases*. Voir article Hall.

FALL. — *Tumors of the omentum*, 1903. Voir article Aimes.

FÈVRE et BERTRAND. — Kyste du grand épiploon. Soc. Anatomique, séance du 6 février 1936. In *Annales d'Anat. Pathologique*, t. XIII, 1936.

FIRKET (Th.). — Kystes épithéliaux primitifs du péritoine. *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, t. XXIV, n° 6, nov. 1912.

FISHER (W. H.). — Lymphangioma of omentum. *Ann. of Surg.*, t. XXXVII, n° 6, juin 1928.

FITZ. — *Lectures*, San Francisco, 1910.

FORT. — Cysts of the omentum. *Ann. of Surg.*, t. XIV, 1907.

FOUCAULT. — Dysembryome kystique du grand épiploon. *Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, séance du 21 juillet 1934.

FRANK. — Omental cysts with report of a case. *The Amer. Journ. of Obstetr.*, t. LXVII, mars 1913.

FUNK. — *Surgery, Gyn. and Obst.*, t. XVIII, janv. 1914.

GAIRDNER. — *Transact. path. Society London*, 1852.

GALLEMAERTS. — Tumeur de l'épiploon. *Presse médicale belge*, 1886.

GAUTIER. — *Contribution à l'étude des kystes séreux de l'abdomen*, Thèse Paris, 1927.

GIANETTASIO. — *Gazz. d'osp.*, 1907.

GIFFORD. — *British Medic. Journ.*, mai 1910.

GIRVIN. — *Ann. of Surgery*, déc. 1921.

GODEL. — *Frankfurt für Pathol.*, 1922, t. LXXIV.

GOODING. — Cyst of the great omentum, *Lancet*, t. I, 1882.

GRAUSMANN (P. M.) et JAFFE (H. L.). — Cystic lymphangioma of great omentum. *Annals of Surgery*, vol. LXXXVII, n° 7, janvier 1928.

GRIFFITHS. — *Trans. Pathol. Soc. London*, 1892.

GUÉRAIN. — *Les kystes primitifs du grand épiploon*. Thèse Lyon, 1910.

UILLEMOT et LEVEUF. — Kyste du grand épiploon chez un enfant de 4 ans. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 25 avril 1933.

GUIRANNA. — Sur les fonctions du grand épiploon. *Giornale internaz. delle Scienze Mediche*, n° 14 et 15, 1901.

HALL (S. P.). — Lymphangiomas of the great omentum. *Ann. of Surgery*, v. l. III, n° 4, avril 1940.

- HAISTED (W. S.). — Self eventration of large abdominal hygroma. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, t. XXXI, 1920.
- HARVEN (DE). — Volumineux kyste multiloculaire du grand épiploon. *Soc. belge de chirurgie*, 29 janv. 1927.
- HASBROUCK. — Enormous endotheliomatous cyst of the great omentum. *Ann. of Surgery*, vol. LXVII, 1908.
- HAUTEFORT. — Kyste gazeux de l'abdomen. *Société des chirurgiens de Paris*, 1928.
- HEARN. — *Ann. of Surgery*, t. I, 1897.
- HEINZELMANN. — *Deutsch. Mediz. Woch.*, n° 49, 1906.
- HENKE. — *Verh. d. Deutsch. Pathol. Gesselsch.*, 1899.
- HIGHMORE. — *Téatome kystique du grand épiploon*, 1918.
- HOLLEMANX. — Kyste de l'épiploon. *Zentralblatt für Gynäk.*, t. I, 1908.
- HORVAT (A.). — Case of cystic lymphangioma. *Kijecnicki Vjesnik*, An. LXI, n° 8, août 1939.
- HOWE (F.). — Omental cyst in inguinal hernia. *Brit. Medic. Journ.*, 1928.
- HUNTINGTON et Mc CLURE. — The anatomy and development of lymphatic system. *Memoirs of Wistar Institue of Anatomy and Biology*, t. II, 1911.
- LOTT. — *British Medic. Journ.*, mai 1915.
- ISELIN. — Hémolymphangiome kystique du grand épiploon. *Société des Chirurgiens de Paris*. Séance du 1^{er} juillet 1927.
- ISSALÈNE. — *Les kystes dermoïdes du grand épiploon*. Thèse Montpellier, 1914.
- JACKSON. — Cysts of omentum. *Ann. of Surgery*, 1928, t. LXXXIV.
- JACOBI. — *Transact. Americ. Physicians*, 1901.
- JERLOV. — *Acta radiologica*, 1926.
- JESSETT. — Omental cyst. *British Gynec. Journ.*, fasc. XII, 1897.
- JONGH (J. de). — *Nederlandsch. Tijdschrift voor Geneskunde*, 1930.
- KAHUSCHKIN (N. M.). — Lehre von den Geschwuelsten des grossen Netzes. *Russki erach*. Moscou, t. VI, 1907. Anal. in *Zentralblatt für Chirurgie*, févr. 1908.
- KARAS. — *Firschow's Arch.*, 1907 et *Arch. J. Path. u. Anat.*, Berlin, 1907.
- KARSNER (H. T.). — Un cas d'endotheliome primitif du grand épiploon. *The Journ. Amer. Med. Assoc.*, t. LVI, n° 25, 24 juin 1911.
- KEEN. — Cystic tumor of the omentum. *Annals of Surgery*, t. XXVII, 1898.
- KEMPENEERS, VAN DER GHINST et VAN DER LINDER. — Kyste du grand épiploon. *Soc. clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, 5 juin 1935.
- KENNEY et MASON. — *Journ. Nat. Med. Assoc.*, t. VIII, 1916.
- KIRCHBERG. — *Frankfurt. Zeit. für Pathol.*, 1912.
- KISTER. — Cystic lymphangioma, large omentum. *Russk. Klin. Mosk.*, 1925, t. III.
- KOUTASSOF. — Etudes sur les tumeurs malignes primitives du grand épiploon. *Chirurgie*, t. XXVII, n° 161, mai 1940. Anal. in *Journ. de chirurgie*, t. V, 1910.
- KUMMER. — Volumineux kyste épiploïque développé autour d'un fragment de sonde en gomme. *Soc. de chirurgie de Paris*, séance du 28 février 1923.
- LACY FIRTH. — *Lancet*, 1898. Voir article Aimes.
- LADD (W. E.). — Two cases of omental cyst and one of mesenteric cyst. *Amer. Journ. of Diseases of Children*, t. XXXII, 1926.
- LANCEREAUX. — 1892, cité dans la thèse Camus.
- LANNELONGUE et ACHARD. — *Traité des kystes congénitaux*, 1886.
- LAURENTI. — *Gazetta Medic. di Roma*, 1916.
- LAVOCAT. — *Etude clinique des tumeurs malignes du grand épiploon*, Thèse Paris, 1902.

- LAWRENCE (C. S.). — A case of cyst of omentum with twisted pedicle. *South. Medic. Journ.*, t. XVIII, 1925.
- LEBERT. — *Traité d'anatomie pathologique*, 1887.
- LECÈNE et LANCE. — Soc. Anatomique, Paris, 1903.
- LEGGENHAGER (K.). — Treatment of cystic formations. *Schweiz. Mediz. Wochenschr.*, t. LXV, 9 fév. 1935.
- LEINATI (F.). — Linfangio endotelioma diffuso del grande epiploon. *Atti d. r. Accad. d. fisiocrit. di Siena*, fasc. III, 1928.
- LEXER. — Ueber teratoïde Geschwischste in der Banchôtele und deren Operation. Berlin. *Arch. für klinische Chirurgie*, t. LXVI, 1895.
- LITCHKOUS. — Tumeurs malignes du grand épiploon. *Rousski Vratch*, 1907, Anal. in *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, juin 1909.
- LIPSCHER. — *Zentralblatt für Gynäk.*, 1903.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Voir article Ricard.
- MAISONNET. — *Rôle de défense du grand épiploon*. Thèse Lyon, 1908.
- MARFAN. — Kyste multiloculaire du grand épiploon. *Presse médicale*, 1896.
- MARINACCI. — *Il Policlinico*, An. XXXII, Gas. 10, 9 mars 1925.
- MARKOE et Mc PHERSON. *Bull. of the Lying in Hosp. of City of New-York*, mars 1912, et *American Journ. Obstetr.*, t. VIII, 1912.
- MARSH et MONTSARRAT. — *Brit. Medic. Journ.*, 1905.
- MASMONTEIL, DE PARADES, VAUTIER. — Lymphangiome kystique du grand épiploon. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 16 juin 1939, et *Bull. et Mém. Soc. Chirurgiens de Paris*, t. XXXI, n° 11.
- MATHEWS. — Cyst of the great omentum. *British Medical. Journ.*, t. II, 1905.
- MESSA. — *Gynecologia*, 1911.
- MONTGOMERY (A. H.) et WALMANN (I. J.). — Lymphangiomata of the great omentum. Chicago Surgical Society. Séance du 4 mai 1934, et *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LX, n° 3, mars 1935.
- NASH (W. G.). — Angiosarcome du grand épiploon. Ablation. *The Lancet*, t. CLXX, n° 4.558, 7 janvier 1911.
- NASSE (D.). — *Arch. f. klin. Chir.*, 1889.
- OBERLIN. — Les kystes hématiques du grand épiploon. *Revue de Chirurgie*, 1921.
- OMBRÉDANNE. — *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*, 1 vol. Paris, 1933.
- ORMSBY. — *Medical Press and Circular*, 1883.
- OUDARD. — Kyste sérohématique du grand épiploon. Ablation et résection totale du grand épiploon. *Soc. chir. Paris*. Séance du 21 décembre 1921.
- OUTERBRIDGE (G.). — Cystic lymphangioma of the great omentum. *Ann. of Surgery*, t. LX, décembre 1914.
- PATERSON (E. W.). — Kystes mésentériques et épiploïques. *Annals of Surgery*, vol. XCVI, n° 3, sept. 1932.
- PÉAN. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, 1 vol. Paris 1880.
- PYBUS. — Omental cyst. *Lancet*, n° 1, 1917.
- QUENU (J.). — Angiome du grand épiploon. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, t. XIII, n° 2, 1923.
- RAU (B. S.). — Haematuria relieved after removal of cystic tumor of great omentum. *India Med. Gaz.*, t. LXI, 1926.

- RIBBERT. *Virchow Arch.*, 1898 et *Geschwueltslehre*, 1 vol. 1914.
- RICARD. — Tumeur épiploïde formée de vaisseaux sanguins. *Soc. chirurgie de Paris*. Séance du 17 juin 1903.
- RIVE (E.). — *Contribution à l'étude des kystes du grand épiploon (kystes hydatiques exceptés)*. Thèse Paris, 1932.
- ROCHARD. — Gros kyste serohématique monocléaire du grand épiploon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 24 avril 1912.
- RODMAN. — *Ann. of Surgery*, 1908.
- ROSE. — *Jing's College Hospit. Report*, 1898.
- ROSENTHAL. — Sur le diagnostic et le traitement des lymphangiomes intra-abdominaux. *Zentralbl. für Gynäk.*, n° 22, 30 mai 1908.
- ROUFFART. — Volumineux kyste séreux multiloculaire de l'épiploon. *Bull. Acad. roy. de médéc. de Belgique*, t. IV, 5^e série, n° 1, 1924.
- ROUILLER. — *Essai sur les kystes hématiques du péritoine, (sauf l'hématocèle rétro-utérine)*. Thèse Paris, 1884-85.
- RYAN. — *Ann. of Surgery*, mai 1926.
- SABELLA (P.). — Contribution à l'étude de certaines tumeurs rares du péritoine. *Il Polichinico*, t. XVIII, C. fasc. 7, 7 juillet 1911.
- SABIN et FLORENCE. — *Lymph and tissue fluid*, 1 vol. Williams et Wilkins, 1933.
- SABIN et FLORENCE. — The origin and development of the lymphatic systems. *John Hopkins. Hosp. Reports Monographs*, t. V, 1913.
- SCHRAMM. — Ein Fall von cystischer Degeneration des Netzes. *Zentralblatt für chirurgie*, 1903.
- SCHWARTZENBERGER. — *Beitr. zur klinische Chirurgie*, 1894.
- SEEFISCH. — Un cas de gros kyste de l'épiploon chez un garçon de 4 ans. *Deutsch Mediz. Wochenschrift*, t. XXXV, n° 41, 14 octobre 1909.
- SEGALL. — *Diss*, Munich, 1908.
- SEGOND. — *Soc. de chirurgie de Paris*, 1893.
- SHERILL et GARLAND. — *Tuberculous Peritonitis. Monograph on peritonitis*, 1 vol., Appleton, 1925.
- SIMON. — Sarcome kystique du grand épiploon. *Bull. de la Soc. Anat.*, t. III, 1858.
- SINGLETON et ALBERT. — *Trans. Southern. Surgery Assoc.*, t. XLIV, 1936.
- SISK (C.). — *Virchow Arch.*, 1902, 1903.
- SMITH (A. H. D.). — Kyste abdominal inhabituel chez un jeune enfant. *The Lancet*, vol. CCXVII, n° 5.524, 13 juillet 1929. Anal. in *Journ. de Chirurgie*, t. XXXV, 1930.
- SPEESE (T.). — Strangulation of omental cyst from twisted podicle in a child. *Internat Clin.*, 30th. series 1920, n° 2.
- SELLMANN (S.). — Lymphangioma of the ome tum and omental cysts. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, t. LVIII, août 1911.
- STRAUSS (K.). — Postoperative development of omental tumors. *Deutsch. Mediz. Wochenschr.*, t. LXI, 12 juillet 1935.
- STRAUSS (K.). — Contribution à la pathologie des tumeurs du grand épiploon. *Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie*, t. CCXIII, fasc. 3-4, janvier 1929.
- TALBOT. — *Medical Record*, 1881.
- TARUFFI. — Kyste dermoïde du grand épiploon. *Storia della teratologia*, 1886.
- THORNTON. — *Brit. Med. Journ.*, 1882.
- TILLAUX. — Diagnostic des tumeurs abdominales. *Gazette des hôpitaux*, 1886.
- TIMBAL. — Les kystes sanguins du mésentère. *Revue de Chirurgie*, 1910.
- TOUZARD (R.). — *Contribution à l'étude des lymphangiomes kystiques du grand épiploon*. Thèse Paris, 1940.

VILLARD. — *Journal de Médec. de Bordeaux*, n° 38, 1908.

WAGENER. — *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1892.

WAKEFIELD (W. F. B.). — Cystic lymphangioma of the gastrocolic omentum. *Tr. Amer. Gynec. Assoc.*, Philadelphie, t. XXXII, mai 1907, et *Surgery, Gynecologie and Obst.*, t. V, 1905.

WALDY. — *Lancet*, 1899. Voir article Aimes.

WEBB JOHNSON (H. E.). — Embryome kystique du grand épiploon. *British Medical Journ.*, n° 3.532, 28 mars 1925.

WELLBS (Spencer). — *British Medical Journ.*, 1890.

WYATT. — Lymphangioma of great omentum in a child. *Minnesota Med.*, t. XIV, 1931.

YOUNG. — Kystes multiloculaires du grand épiploon. *Lancet*, t. I, 1905.

ZENO (A.). — Kyste dermoïde du grand épiploon avec perforation spontanée. *Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires*, t. XIV, n° 25, 15 oct. 1930.

Imprimerie spéciale de MM. VIGOT Frères.
